

AMORIM GABRIEL SANTOS ROSA

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL EM ADOLESCENTES.
DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel de
Jesus Loureiro

Categoria: Professor Adjunto

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra

Coorientador: Professor Doutor Carlos Alberto
da Cruz Sequeira

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem do
Porto

Agradecimentos

Ao olhar para trás, para o longo e muitas vezes sinuoso caminho que percorremos até chegar a este *presente*, agradecemos a todos quantos, parcial ou integralmente, o percorreram connosco, e sem os quais a sua realização não teria sido possível.

Queremos expressar vivamente a nossa gratidão ao Senhor Professor Doutor Luís Loureiro, pelo incentivo à realização deste estudo, pelo apoio e disponibilidade durante o percurso realizado, pela sua orientação, e por fim, mas não menos importante, pela amizade ao longo de todos estes anos.

Ao Senhor Professor Doutor Carlos Sequeira, pela disponibilidade, orientação e pelos contributos que nos trouxe na construção deste caminho. Um agradecimento pela pessoa que é, pelo conhecimento que transmite em todos os momentos de orientação, e, sobretudo, pela força que demonstra e por acreditar na Enfermagem como disciplina do conhecimento.

Às Direções dos agrupamentos de escolas que se disponibilizaram para participar no estudo e aos Srs. Professores que colaboraram na aplicação dos questionários. Também porque permitiram que nos sentíssemos bem-vindos e integrados sempre que nos encontrávamos nos diferentes contextos.

Aos adolescentes e encarregados de educação que acederam integrar o estudo.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pelo apoio e suporte à realização deste trabalho.

Finalmente, aos meus familiares e amigos pelo apoio que me permitiu abraçar este projeto que, sendo exigente, os torna ainda mais queridos.

A TODOS, A MINHA SINCERA GRATIDÃO

Esta tese deu origem às seguintes publicações/comunicações

Publicações de artigos em revistas científicas, indexadas, de circulação internacional.

Rosa, A., Loureiro, L. & Sequeira, C. (2016). Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool em adolescentes: Desenvolvimento de um instrumento de medida. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (16), 59-68.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 125-132.

Rosa, A. (2013). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes: Do reconhecimento à procura de ajuda. Revisão Sistemática da Literatura. *Atención Primaria*, (1)134.

Publicação de capítulo de livro

Rosa, A., Loureiro, L. & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77-91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Publicações em atas de eventos com arbitragem científica

Rosa, A., Loureiro, L. & Sequeira, C. (2016). Literacia em saúde mental sobre uso de álcool em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLiS-AA). V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa, junho. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra p.102.

Rosa, A., Loureiro, L. & Sequeira, C. (2015). Literacia em Saúde Mental Sobre Depressão em Adolescentes: Estudo de construção e validação de um instrumento de medida

(MentaHLiS-Depressão). In 9th International Seminar on Nursing Research Proceedings. Porto.

Rosa, A. (2014). Labels used by adolescents to stigmatize people with mental illness. RCN International Nursing Research Conference 2014: Book of Abstracts. Glasgow.

Rosa, A. & Loureiro, L. (2011). Literacia em Saúde Mental em adolescentes e jovens: revisão sistemática da literatura. In Livro de atas da XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem da ALADEFE. Coimbra.

Comunicações realizadas em eventos científicos internacionais

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís e Sequeira, Carlos. Literacia em Saúde Mental sobre abuso de álcool: um estudo com adolescentes portugueses. VIII Congresso da ASPESM, Leiria. Outubro, 2017.

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís e Sequeira, Carlos. Fatores facilitadores da intenção de procura de ajuda em saúde mental: Um estudo com adolescentes. 11º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem. Porto. Maio, 2017.

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís e Sequeira, Carlos. Literacia em saúde mental sobre uso de álcool em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLiS-AA). V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Junho, 2016.

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís e Sequeira, Carlos. Literacia em Saúde Mental em Adolescentes: efeito do género, idade e tipo de perturbação na intenção de procurar ajuda. VII Congresso da ASPESM, Viana do Castelo. Novembro, 2016.

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís e Sequeira, Carlos. Literacia em Saúde Mental sobre Ansiedade em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLiS-Ansiedade). VI Congresso da ASPESM. Ponta Delgada. Julho, 2015.

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís e Sequeira, Carlos. Literacia em Saúde Mental sobre depressão em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLiS-Depressão). 9º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem. Porto. Maio, 2015.

Rosa, Amorim - "Reconhecimento *versus* desconhecimento dos problemas de saúde mental". Colóquio - Esta é a minha casa: Vi(ver) n(a) comunidade. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Julho, 2015.

Rosa, Amorim - "Literacia em saúde mental em adolescentes: desenvolvimento de um instrumento de avaliação" - Seminário internacional de investigação em saúde mental; V Congresso da ASPESM. Braga. Junho, 2014

Rosa, Amorim e Loureiro, Luis. Labels used by adolescents to stigmatize people with mental illness. RCN, International Nursing Research Conference 2014. Glasgow. Abril, 2014.

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís. Perceções estigmatizantes relacionadas com as implicações da doença mental: um estudo exploratório com *focus group* de adolescentes. I Congresso Internacional de Saúde Mental. Coimbra. Fevereiro, 2014

Rosa, Amorim; Loureiro, Luís. Literacia em Saúde Mental: uma abordagem exploratória com grupos foco. XII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Montevideo, Uruguai, 2013.

Rosa, Amorim. Literacia em Saúde Mental em adolescentes e jovens: Revisão Sistemática da Literatura. XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem da ALADEFE, Coimbra. Setembro, 2011.

Introdução: As perturbações mentais surgem frequentemente durante a adolescência. No entanto, a ajuda recebida não é a mais adequada, mesmo para os problemas mais frequentes. A literatura tem evidenciado o défice de literacia em saúde mental como um fator determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda, sobretudo em adolescentes, afetando o desenvolvimento psicossocial e educacional, contribuindo para o aumento do risco de recorrência das perturbações. Assim, avaliar a literacia em saúde mental nos adolescentes é um aspeto fundamental para a conceção e implementação de programas de educação e sensibilização para a saúde mental, especificamente no contexto escolar, dada a elevada prevalência de perturbações mentais neste grupo específico, e a necessidade de intervenções ajustadas.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental em adolescentes, incidindo sobre três perturbações específicas, depressão, ansiedade e abuso de álcool.

Metodologia: O estudo foi desenvolvido em cinco fases: (i) revisão da literatura; (ii) construção e validação de três vinhetas clínicas; (iii) exploração das conceções de doença mental e opções individuais em termos de estratégias de procura e oferta de ajuda; (iv) construção do instrumento; e (v) avaliação das propriedades psicométricas. Foram utilizadas metodologias qualitativas (*focus group*, painéis de peritos) para o desenvolvimento do instrumento e metodologias quantitativas para a sua análise técnica. Participaram neste estudo 757 adolescentes, estudantes do 2º e 3º ciclos e secundário. Foi realizada análise de correspondências múltiplas e análise fatorial exploratória dos itens para verificar a validade do instrumento e a análise de consistência interna através do cálculo do coeficiente *Alfa de Cronbach*, para verificar a sua fidelidade.

Resultados: O instrumento final que designámos como MentaHLiS (*Mental Health Literacy Scale*) é composto por três escalas, cada uma com cinco subescalas: ‘reconhecimento da perturbação’ (3/2 fatores); ‘recursos e opções de ajuda’ (3 fatores); ‘procura de ajuda, barreiras e facilitadores percebidos’ (3 Fatores); ‘crenças e intenções para prestar a primeira ajuda’ (2 fatores); e ‘estilos de vida e comportamentos de saúde’ (3 fatores). Todas as subescalas apresentam índices de fiabilidade aceitáveis, variando

entre 0,705 e 0,811, e uma estrutura fatorial que é consistente com os componentes teóricos da literacia em saúde mental.

Conclusões: A MentaHLiS é o primeiro instrumento específico para avaliar a literacia em saúde mental em adolescentes, podendo ser utilizada como medida de rastreio da literacia, bem como em estudos longitudinais, como medida de avaliação do impacto das intervenções de enfermagem no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes, podendo ser um instrumento importante para melhorar o conhecimento sobre as questões da saúde mental e contribuir positivamente para a redução do estigma, a procura de ajuda profissional, e para o aumento do número de adolescentes a receber tratamento no futuro.

Palavras-chave: Enfermagem; Literacia em saúde mental; Adolescentes; Depressão; Ansiedade; Abuso de álcool

Abstract

Introduction: The onset of mental disorders often occurs during adolescence. However, adolescents do not receive adequate help, even for the most common problems. The low level of mental health literacy has been identified in the literature as a determining factor for the lack of help-seeking behaviors, particularly in adolescents, which influences the psychosocial and educational development and contributes to a greater risk of recurrence of mental disorders. Thus, the design and implementation of mental health education and awareness raising programs requires the assessment of mental health literacy among adolescents. This is particularly relevant in school settings due to the high prevalence of mental disorders within this population group and the need for tailored interventions.

Objectives: This study aimed to build an instrument for measuring mental health literacy in adolescents, focusing on three specific disorders (depression, anxiety, and alcohol abuse), and to assess its psychometric properties.

Methodology: The study was conducted in five phases: (i) literature review; (ii) development and validation of three clinical vignettes; (iii) analysis of the concepts of mental illness and personal choices regarding help-seeking and help-giving strategies; (iv) development of the instrument; and (v) assessment of its psychometric properties. Qualitative methodologies were used (focus group, expert panels) for the development of the instrument and quantitative methodologies were used for its technical analysis. A total of 757 students attending the 6th to 12th grades participated in this study. Validity was assessed through multiple correspondence analysis and exploratory factor analysis. Reliability was analyzed using the Cronbach's alpha coefficient for internal consistency.

Results: The final instrument - MentaHLiS (Mental Health Literacy Scale) - is composed of three scales. Each scale is divided into five subscales: '*recognition of the disorder*' (3/2 factors); '*help-seeking recourses and options*' (3 factors); '*help-seeking, perceived barriers and facilitators*' (3 factors); '*first aid intentions and beliefs*' (2 factors), and '*lifestyles and health behaviors*' (3 factors). All subscales have acceptable reliability coefficients, ranging from 0.705 to 0.811. The factor structure is consistent with the theoretical components of mental health literacy.

Conclusions: The MentaHLiS is the first instrument specifically designed to assess adolescents' mental health literacy. It can be used not only as a screening measure for

mental health literacy, but also as a measure for assessing the impact of nursing interventions on the promotion of adolescent mental health in longitudinal studies. It may also be an important instrument to improve knowledge about mental health issues and contribute to reduce mental health stigma, increase professional help-seeking behaviors, and increase the number of adolescents receiving treatment.

Keywords: Nursing; Mental health literacy; Adolescents; Depression; Anxiety; Alcohol abuse

Abreviaturas e siglas

α - Alfa de Cronbach

\bar{x} - Média

% - Percentagem

ACM - Análise de Correspondências Múltiplas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

Adol. - Adolescentes

AACAP - Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência

APA - American Psychiatric Association

Assim. - Assimetria

B-ON - Biblioteca do Conhecimento Online

BTS - Teste de Esfericidade de Bartlett

CEAN - Conferência Europeia de Alto Nível

CERIS - Canadian Education Research Information System

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CID - Classificação Internacional de Doenças

cf. - Conferir

DALY - Disability Adjusted Life Years

DP - Desvio Padrão

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

e.g. - Exempli gratia (por exemplo)

ELINET - European Literacy Policy Network

ESEnC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

F - Feminino

FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia

VIH – Vírus da imunodeficiência adquirida

IOM - Institute of Medicine of the National Academies

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

KS - Kolmogorov-Smirnov

LIFE - Literacy Initiative for Empowerment

LSM - Literacia em saúde mental

M - Masculino

MAS - Measure of Sampling Adequacy

Max. - Máximo

MCS - Modelo de Crenças em Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MentaHLiS - Mental Health Literacy Scale

Min. - Mínimo

MPS - Modelo de Promoção da Saúde

N - Número

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PCA - Principal Component Analysis

PNSM - Programa Nacional para a Saúde Mental

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SMS - Short Message Service

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCP - Teoria do Comportamento Planeado

UE - União Europeia

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

WHO - World Health Organization

WHR - World Health Report

WONCA - World Organization of Family Doctors

Resumo	i
Abstract	iii
Abreviaturas e siglas	v
Índice geral	vii
Índice de tabelas	xi
Índice de figuras	xiii
Introdução	01
 PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	
CAPÍTULO 1. LITERACIA OU LITERACIAS	09
1. Evolução do conceito de literacia	09
2. Literacia em Saúde	13
3. Literacia em Saúde Mental	17
CAPÍTULO 2. TORNAR-SE ADOLESCENTE	23
1. Adolescência, uma transição crítica	23
2. Saúde mental na adolescência	28
CAPÍTULO 3. TEORIAS DE PROCURA DE AJUDA	31
1. Procura de ajuda: conceitos e teorias	31
2. Barreiras e facilitadores na procura de ajuda profissional	36
2.1. Barreiras	37
2.2. Facilitadores	38
CAPÍTULO 4. EPIDEMIOLOGIA E RELEVÂNCIA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS NA ADOLESCÊNCIA	41
1. Epidemiologia das perturbações mentais	41
2. Prevalência e relevância das perturbações mentais na adolescência	44
CAPÍTULO 5. USO DE VINHETAS EM ESTUDOS DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	49
1. Vinhetas clínicas e a sua aplicação em estudos de avaliação da literacia em saúde mental	49
CAPÍTULO 6. TEORIAS E MODELOS DE ENFERMAGEM	53

1.	Contributos da teoria de Afaf Melais	54
1.1.	O adolescente e a vivência das transições	57
2.	Contributos do modelo de promoção da saúde de Nola Pender	59
 PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO		
CAPÍTULO 1. DESENHO DO ESTUDO		67
1.	Introdução	67
2.	Delineamento do estudo	68
3.	Objetivos	69
3.1.	Delimitação dos objetivos específicos para cada etapa	69
CAPÍTULO 2. ESTUDO I - RECONHECIMENTO E PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM AMOSTRAS DE ADOLESCENTES		71
1.	Introdução	71
2.	Metodologia	72
3.	Resultados	73
3.1.	Reconhecimento das perturbações mentais comuns	76
3.2.	Comportamentos de procura de ajuda	77
3.3.	Competências para prestar a primeira ajuda	78
3.4.	Barreiras no acesso à ajuda profissional	79
4.	Discussão	80
5.	Conclusões	83
CAPÍTULO 3. DESENVOLVIMENTO DAS VINHETAS CLÍNICAS		85
1.	Construção e validação do conteúdo das vinhetas clínicas	85
CAPÍTULO 4. ESTUDO II - PRÉ TESTE DAS VINHETAS E EXPLORAÇÃO DOS COMPONENTES DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL		89
1.	Introdução	89
2.	Metodologia	90
3.	Análise dos resultados	93
4.	Discussão dos resultados	97
5.	Conclusões do estudo	98
CAPÍTULO 5. CONSTRUÇÃO E PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO		101
1.	Construção do instrumento	101
2.	Pré-teste do instrumento	103

CAPÍTULO 6. ESTUDO III - ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA MENTAHLIS	105
1. Metodologia	105
1.1. Aprovação ética	106
1.2. Seleção e caracterização da amostra	106
1.3. Análise estatística	109
1.3.1. Análise de validade	109
1.3.2. Análise de fidelidade	117
2. Resultados da aplicação dos critérios psicométricos	118
2.1. Análise das propriedades psicométricas da MentaHLIS-Depressão	120
2.2. Análise das propriedades psicométricas da MentaHLIS-Ansiedade	132
2.3. Análise das propriedades psicométricas da MentaHLIS-AA	142
3. Discussão dos resultados	152
 PARTE III – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	
CAPÍTULO 1. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	173
1. Conclusões	173
2. Limitações	175
3. Relevância do estudo para a prática de enfermagem	177
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
 Anexos	211
Anexo I Painel de peritos: Instrumento de avaliação das vinhetas	213
Anexo II Informação aos participantes e encarregados de educação e termo de consentimento informado	217
Anexo III <i>Focus group</i> : questionário demográfico de caracterização	219
Anexo IV <i>Focus group</i> : guião das entrevistas	221
Anexo V Questionário inicial: instrumento de colheita de dados	225
Anexo VI Aprovação do estudo pela Direção Geral da Educação	249
Anexo VII Parecer da Comissão de Ética	251
Anexo VIII Pedido às escolas para participação no estudo	253
Anexo IX MentaHLIS-Depressão: Escala final	255
Anexo X MentaHLIS-Ansiedade: Escala final	259
Anexo XI MentaHLIS-AA: Escala final	263
Anexo XII Artigos publicados	267

Índice de tabelas

Tabela 1.	Codificação dos estudos incluídos na revisão (n=11)	74
Tabela 2.	Codificação dos estudos incluídos na revisão (continuação)	75
Tabela 3.	Distribuição dos questionários entregues e devolvidos pelas escolas participantes no estudo	107
Tabela 4.	Frequência e percentagens das variáveis de caracterização demográfica dos participantes (n=757)	108
Tabela 5.	Caraterização dos participantes de acordo com a idade e o sexo ...	109
Tabela 6.	Medidas de tendência central, variabilidade e distribuição dos scores das escalas e do score total do instrumento	120
Tabela 7.	Resumo do modelo de ACM da MentaHLiS-Depressão: valores próprios e inércias	120
Tabela 8.	Resultados da aplicação da ACM aos itens do componente 'reconhecimento da depressão' (N=251)	121
Tabela 9.	Síntese dos quadros de quantificação das categorias da MentaHLiS-Depressão	122
Tabela 10.	Medidas de adequação amostral das subescalas da MentaHLiS-Depressão	124
Tabela 11.	Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax (MentaHLiS-Depressão)	127
Tabela 12.	Estatísticas descritivas e correlação média entre os itens das subescalas que compõem a MentaHLiS-Depressão	128
Tabela 13.	Matriz de correlações entre as subescalas da MentaHLiS-Depressão	129
Tabela 14.	Testes de diferença de scores entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas (MentaHLiS-Depressão)	130
Tabela 15.	Análise da consistência interna dos itens dos fatores da MentaHLiS-Depressão	131
Tabela 16.	Resumo do modelo de ACM da MentaHLiS-Ansiedade: valores próprios e inércias	132
Tabela 17.	Resultados da aplicação da ACM aos itens do componente 'reconhecimento da ansiedade' (N=251)	133

Tabela 18.	Síntese dos quadros de quantificação das categorias da MentaHLiS-Ansiedade	134
Tabela 19.	Medidas de adequação amostral das subescalas da MentaHLiS-Ansiedade	135
Tabela 20.	Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax (MentaHLiS-Ansiedade)	137
Tabela 21.	Estatísticas descritivas e correlação média entre os itens das subescalas que compõem a MentaHLiS-Ansiedade	138
Tabela 22.	Matriz de correlações entre as subescalas da MentaHLiS-Ansiedade	139
Tabela 23.	Testes de diferença de scores entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas (MentaHLiS-Ansiedade)	140
Tabela 24.	Análise da consistência dos itens dos fatores da MentaHLiS-Ansiedade	141
Tabela 25.	Resumo do modelo de ACM da MentaHLiS-AA: valores próprios e inércias	142
Tabela 26.	Resultados da aplicação da ACM aos itens do componente 'reconhecimento do abuso de álcool' (N=255)	142
Tabela 27.	Síntese dos quadros de quantificação das categorias da MentaHLiS-AA	143
Tabela 28.	Medidas de adequação amostral das subescalas da MentaHLiS-AA	144
Tabela 29.	Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax (MentaHLiS-AA)	147
Tabela 30.	Estatísticas descritivas e correlação média entre os itens das subescalas que compõem a MentaHLiS-AA	148
Tabela 31.	Matriz de correlações entre as subescalas da MentaHLiS-AA	149
Tabela 32.	Testes de diferença de scores entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas (MentaHLiS-AA)	150
Tabela 33.	Análise da consistência dos itens dos fatores da MentaHLiS-AA	151

Índice de figuras

Figura 1.	Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender	62
Figura 2.	Representação esquemática das etapas do estudo	70
Figura 3.	Diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo 'Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes'	73

Introdução

A saúde mental assume uma relevância fundamental no equilíbrio dos indivíduos, possibilitando a sua integração crítica no contexto social, representando uma componente importante para o bem-estar individual e social.

As perturbações mentais surgem frequentemente durante a adolescência e início da idade adulta. As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para que cerca de 20% das crianças e adolescentes sejam afetados por problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade (WHO, 2003). Esta suscetibilidade dos adolescentes para os problemas de saúde mental está associada a uma forte relutância em procurar ajuda profissional, originando atrasos significativos que, para além de agravarem o risco de recorrência dos problemas, podem comprometer o seu potencial de desenvolvimento em todas as áreas (Loureiro, 2013b).

O baixo nível de literacia em saúde mental (LSM) é um fator-chave que determina a relutância, o atraso ou até a ausência de comportamentos de procura de ajuda nestas idades.

O conceito de LSM surge, tendo subjacente o conceito mais abrangente de literacia em saúde, que na sua compreensão mais ampla, inclui não só a capacidade funcional de um indivíduo para ler, escrever e compreender termos médicos, mas também a capacidade e conhecimento para usar a informação disponível para promover e manter a saúde física (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr & Pignone, 2004; Jorm, 2000; Nutbeam, 2000; Parker, 2000; Parker, Ratzan & Lurie, 2003; Watters, 2003), pressupondo, portanto, a capacidade de entender, compreender e desempenhar um papel crucial nos cuidados de saúde e nas decisões envolvidas.

Enquanto a importância da literacia em saúde tem sido amplamente aceite, a área de conhecimento sobre a LSM enquanto dimensão integrante e fundamental da literacia em saúde, só recentemente foi explorada.

Em 1997, Anthony Jorm e os seus colaboradores apresentaram o conceito de LSM para definir o 'conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção' (Jorm, 2012). Entre outros aspetos, o conceito incide sobre a capacidade para reconhecer as perturbações mentais específicas ou diferentes tipos de stress psicológico; os conhecimentos e crenças sobre causas e

fatores de risco para as doenças mentais; o conhecimento das intervenções apropriadas de autoajuda; o conhecimento das ajudas profissionais disponíveis; as atitudes que facilitam o reconhecimento e a adequada procura de ajuda, e ainda, o conhecimento sobre como procurar informação em saúde mental.

Se considerarmos que a doença mental tem um impacto devastador sobre as crianças e adolescentes, sobre as suas famílias e o ambiente social, resultantes de uma combinação desastrosa de fatores como o estigma, a falta de um diagnóstico correto, opções de tratamento insuficientes ou inapropriadas e baixos níveis educacionais, percebemos a extraordinária relevância da LSM para a compreensão dos fatores envolvidos na saúde e doença mental, constituindo um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008), e para a diminuição do estigma, influenciando as atitudes e os comportamentos para com estas pessoas (Jorm, 2000).

Diversos estudos têm evidenciado que os níveis de LSM são baixos independentemente da população considerada (Chen, Parker, Kua, Jorm & Loh, 2000; Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b; Reavley & Jorm, 2011). Embora as pessoas consigam distinguir satisfatoriamente comportamentos ‘normais’ e ‘anormais’, o reconhecimento das perturbações específicas está distante do desejável. As pessoas têm baixa capacidade para compreender e identificar corretamente as perturbações mentais, não compreendem os fatores causais subjacentes, têm medo daqueles que percebem como doentes mentais, têm crenças erradas sobre a efetividade do tratamento, são frequentemente relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros (Jorm, 2000; Jorm et al., 2005; Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2003; Priest, Vize, Roberts, Roberts & Tylee, 1996).

Em Portugal, os estudos realizados incidindo sobre os componentes da LSM são escassos, sendo esta uma área de investigação relativamente recente. Destacam-se os estudos realizados pelo Professor Luís Loureiro e colaboradores (e.g. Loureiro, Dias & Aragão, 2008; Loureiro, Mateus & Mendes, 2009; Loureiro, 2013b; Loureiro et al., 2012b, 2013a, 2013b). As conclusões destes estudos são, no essencial, concordantes com as conclusões de alguns estudos transversais realizados noutros países (e.g. Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Lauber et al., 2003; Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi 2005) que mostraram, entre outros fatores, baixa compreensão e dificuldade em distinguir as perturbações mentais; crenças negativas sobre as doenças e os doentes mentais, baseadas quase exclusivamente nos mitos da perigosidade, imprevisibilidade e incurabilidade; baixa compreensão dos sinais e sintomas, etiologia e tratamento adequado; e relutância em procurar ajuda profissional.

Pelo exposto, compreende-se que a saúde mental represente atualmente uma área prioritária de estudo, especificamente no que respeita à literacia e ao desenvolvimento e implementação de programas de intervenção na comunidade, com o objetivo de melhorar a capacidade de compreender as principais perturbações mentais e os diferentes tipos de stress psicológico, e empoderar os adolescentes para as decisões envolvidas na procura de ajuda profissional adequada, desempenhando um papel crucial nos cuidados de saúde.

No mesmo sentido, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) alerta para a importância do envolvimento dos indivíduos na tomada de decisão sobre a sua própria saúde, pressupondo a existência de conhecimento e recursos pessoais ao nível da autonomia, da capacidade de compreensão e da gestão dos acontecimentos de vida. Estes recursos, que importa desenvolver, promovem uma tomada de decisão mais consciente e uma participação mais ativa nos comportamentos de saúde (OPSS, 2007).

A partir de 2010, com o agravamento da situação económica em Portugal, verificaram-se inúmeras restrições orçamentais em vários setores, originando um aumento significativo do desemprego, da desigualdade na distribuição do rendimento e da pobreza, cujos efeitos sociais e comportamentais tiveram um impacto extraordinário na saúde física e mental das pessoas. Por outro lado, como nos refere Catalano (2003, citado por OPSS, 2011), nestas circunstâncias, surge uma diminuição ao nível das intervenções preventivas e de promoção da saúde, a favor de um atendimento em situações de doença aguda.

Assim, no sentido de reverter esta tendência, mas também tendo em vista uma participação mais ativa dos adolescentes nos comportamentos de saúde, espera-se que os enfermeiros desenvolvam e implementem formas de intervenção no âmbito da educação para a saúde, integradas nos contextos educativos e escolares e dirigidas à especificidade do público-alvo, socorrendo-se de ações específicas de informação e treino de competências, capazes de promover a tomada de decisão e a adoção de comportamentos de saúde, sobretudo de procura de ajuda profissional para os problemas de saúde mental.

A implementação destas ações necessita de instrumentos específicos que permitam rastrear a literacia e identificar necessidades específicas, bem como avaliar o impacto das intervenções de enfermagem no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes. Decidimos, então, realizar esta investigação.

Porque o fizemos? O nosso percurso pessoal, profissional e académico assente na formação pós-graduada em Saúde Mental e Psiquiatria, bem como a experiência de

formação e participação em projetos relacionados com a promoção da saúde mental dos adolescentes, originaram o convite para colaborar no projeto «Educação e sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção escolar para adolescentes e jovens», financiado pela FCT e coordenado pelo Professor Luís Loureiro.

Este programa teve como um dos principais objetivos, a avaliação da LSM de adolescentes e jovens portugueses, tendo sido utilizado como instrumento de colheita de dados o QuALiSMental (Questionário de Avaliação da literacia em saúde mental) de Loureiro, Pedreiro e Correia (2012a), instrumento que resultou da adaptação do *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version* (Jorm et al., 1997).

A realização deste estudo permitiu verificar que o QuALiSMental, para além de não ser específico para populações de adolescentes e não ser adaptado à nossa especificidade cultural, é um instrumento extenso e difícil de utilizar, o que dificulta a adesão aos estudos e compromete a sua validade. Para além disso, considerando o foco principal e a especificidade da intervenção de enfermagem, muitos dos atributos avaliados não têm uma relevância significativa. Assim, surgiu a necessidade de construir e validar um instrumento fiável, mas fácil de utilizar na avaliação da LSM em adolescentes.

Esta investigação assenta e tem também em mente os objetivos, valores e áreas de ação estratégica do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 contribuindo, através da criação de um instrumento específico, para a implementação de algumas propostas apresentadas no documento.

O PNSM, no seu ponto 4.2, remete para a articulação intersectorial em atividades de prevenção e promoção da saúde mental, propondo, entre outros, a criação de programas de educação sobre saúde mental na idade escolar e o aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, bem como a sensibilização e informação em diversos setores, como os Cuidados de Saúde Primários e as escolas. Nos pontos 9 e 11, o Plano acrescenta e reforça a importância de uma maior participação por parte dos enfermeiros nas ações a desenvolver e a necessidade de fomentar e alargar a prática de investigação a contextos não académicos, disponibilizando-a ao maior número possível de profissionais de Psiquiatria e Saúde Mental.

Esta investigação tem como objetivo principal construir um instrumento fiável para avaliar a LSM em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura e oferta de ajuda para três problemas de saúde mental (depressão, ansiedade e abuso de álcool), usando a vinheta clínica como estímulo central para a sua avaliação.

Face ao exposto, e com o propósito de alcançar este objetivo realizámos este trabalho que se encontra estruturado em três partes e 13 capítulos.

Após a presente introdução onde contextualizámos a problemática em estudo, justificámos o seu âmbito, definimos o objetivo e descrevemos o interesse pela temática, segue-se a 'Parte I' que corresponde à revisão teórica e ao enquadramento conceptual do estudo. Nesta parte agregámos 6 capítulos: no primeiro é feita uma abordagem inicial ao conceito de literacia (tradicional), partindo do conceito de iliteracia, para depois integrar os conceitos de 'literacia em saúde' e 'literacia em saúde mental', enquanto elementos de uma literacia mais ampla, centrada em processos sociais que se desenvolvem em situações e ambientes específicos, intimamente ligados ao contexto social e cultural.

O capítulo 2 incide sobre a adolescência, enquanto período de transição crítica, com enfoque em algumas teorias explicativas que nos permitem perceber esta fase do desenvolvimento humano. Aborda também a adolescência sob o ponto de vista da prevalência dos problemas de saúde mental e a sua relevância na forma como afetam profundamente o desenvolvimento e a autonomia do futuro adulto, com repercussões a nível pessoal, familiar e social.

No capítulo 3 é feita uma abordagem sobre alguns modelos teóricos que nos permitirão compreender os determinantes e a relação existente entre o acesso e o uso dos serviços de saúde, traduzida em comportamentos de procura de ajuda.

O capítulo 4 aborda os aspetos epidemiológicos e a relevância das perturbações mentais na adolescência. Neste capítulo é feita uma revisão dos principais documentos de âmbito nacional e internacional que nos permitem compreender a prevalência e o impacto direto e indireto das perturbações mentais em adolescentes.

O capítulo 5 enquadra de forma breve o uso de vinhetas clínicas em estudos de avaliação da LSM, incidindo sobre os dois tipos mais comuns: 'vinhetas de conteúdo específico' (*content specific vignettes*) e 'vinhetas de ancoragem' (*anchoring vignettes*).

Finalmente, no capítulo 6, são analisadas duas abordagens teóricas que considerámos pertinentes e fundamentais neste tipo de intervenção, sendo que constituem a base onde assentam os objetivos, definições e práticas de enfermagem.

Partindo dos pressupostos de que a adolescência é uma fase de transição e que a educação para a saúde assume um papel particularmente relevante na dimensão educacional dos adolescentes; mas também, considerando que a enfermagem, enquanto ciência e profissão, fundamenta a sua prática em modelos que, além da orientação teórica, são essenciais na sistematização da prática; e ainda, ao ponderar o papel do enfermeiro enquanto terapeuta/formador no âmbito da promoção da saúde mental dos adolescentes, são analisadas as teorias de Afaf Meleis - que propõe como conceito

central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida, e o modelo de promoção da saúde de Nola Pender - assente na conceção de educação para a saúde e baseado na educação das pessoas sobre 'como cuidar-se e levar uma vida saudável'.

Na 'Parte II' apresenta-se o percurso metodológico e empírico. Esta parte é composta por 6 capítulos onde são apresentados os aspetos metodológicos e os resultados dos três estudos que constituem esta investigação.

No capítulo 1, tendo em conta a problemática em questão e a multiplicidade de dimensões relacionadas, apresenta-se o desenho do estudo, os objetivos e os métodos associados às diversas etapas implementadas para a construção da *Mental Health Literacy Scale*.

O capítulo 2 ocupa-se com a descrição dos métodos, resultados e conclusões do 'Estudo I' que integra uma revisão dos estudos realizados com amostras de adolescentes, para sistematizar o conhecimento atual sobre LSM neste grupo específico e para identificar as metodologias utilizadas para a sua avaliação.

Nos capítulos 3 e 4 descreve-se o processo de desenvolvimento, validação e pré teste do conteúdo das vinhetas utilizadas como estímulo nas três escalas que compõem o instrumento, bem como os procedimentos utilizados na exploração dos componentes da LSM em estudo, de forma a construir os itens integrantes do instrumento. Estes capítulos enquadram os métodos, resultados, discussão e conclusões do 'Estudo II'.

Finalmente, os capítulos 5 e 6 enquadram o 'Estudo III' que descreve o processo de construção e pré-teste do instrumento e os métodos, resultados e discussão referentes à sua análise técnica.

Na 'Parte III' são apresentadas as conclusões e limitações do estudo, bem como as suas implicações para a prática de enfermagem.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

CAPÍTULO 1 LITERACIA OU LITERACIAS

O termo literacia deriva do latim “*littēra*” (letra), estando tradicionalmente associado à capacidade de leitura, escrita cálculo e domínio do alfabeto. Contudo, ao longo dos últimos anos, foi sofrendo alterações de abrangência do seu significado.

Não obstante a literacia não ser sinónimo de escolaridade, em virtude de, entre outras coisas, nos encontrarmos numa sociedade “grafocêntrica” que apresenta tanto casos de analfabetismo funcional, como casos de pessoas com pouca escolaridade, mas que manifestam níveis de literacia não menosprezáveis, é importante ter em conta que, muito provavelmente, quem detém baixos níveis de escolaridade se mostra menos atraído por atividades e por tipos de aprendizagem não formais e por conseguinte, menos capacitado para cultivar ou exercer práticas sociais de uso da escrita, que contribuam para fomentar a literacia tradicional (Pinto, 2008).

Em contrapartida, os detentores de habilitações literárias mais elevadas, serão naturalmente mais recetivos a aprendizagens formais ou não formais e à prática de certas atividades que os farão passar a obter níveis mais elevados dessa literacia, ou mesmo a sentir-se mais à vontade em outros tipos de literacia, bem como a apresentar uma suscetibilidade cognitiva compatível com o investimento realizado ao longo das suas vidas (Pinto, 2008).

Neste capítulo faremos uma abordagem inicial a esta literacia (tradicional), partindo do conceito de iliteracia. Posteriormente serão integrados os conceitos de ‘literacia em saúde’ e ‘literacia em saúde mental’ enquanto conceitos de uma literacia mais ampla, centrada em processos intimamente ligados ao contexto social e cultural.

1. Evolução do conceito de literacia

Da Iliteracia à literacia

No início da década de 80, os países mais desenvolvidos renderam-se a uma nova evidência: muitos adultos, apesar de vários anos de escolarização, não dominavam aspetos básicos de leitura, escrita e cálculo, evidenciando grandes dificuldades para utilizar na sua vida quotidiana, material em diferentes suportes, vendo limitadas as suas capacidades para participar na vida social, em planos como o exercício da cidadania, o acesso à cultura e as possibilidades profissionais (Silva, 2007).

O mundo atual está mais próximo, sob o referencial da comunicação e do fácil acesso à informação. A capacidade de aceder, processar e usar informação, transformando-a em conhecimento, assume-se como fator determinante da vida social e a chave para o exercício pleno da cidadania, enquanto a iliteracia, porque condiciona o acesso e a inserção no mercado de trabalho e compromete a capacidade de adaptação a uma sociedade e a uma economia em transformação, gera riscos sérios de exclusão social.

A literacia é, pois, fundamental, porque sustenta e reforça a liberdade individual e permite a igualdade de acesso aos direitos humanos fundamentais, garantia de uma existência digna, com liberdade e igualdade.

O conceito de literacia começa a emergir no séc. XIX, com o início da escolarização de massas, com a explosão do comércio internacional e a industrialização (Sim-Sim, 2004). Nessa altura, o termo aparecia associado ao conceito de alfabetização e revestia-se de um cariz meramente utilitário.

Até então, a literatura era um privilégio quase exclusivo de religiosos e alguns letrados que tinham acesso aos poucos documentos escritos existentes e que, através do ato de ler, transmitiam a sua doutrina.

Após a 2ª Guerra Mundial, com o objetivo de erradicar progressivamente o analfabetismo, a escolarização massificou-se e tornou-se obrigatória. A promoção de capacidades literárias passou a ter em vista o desenvolvimento do sujeito e da respetiva comunidade de pertença (Sim-Sim, 2004) e as taxas de alfabetização começam a ser indicadores do desenvolvimento dos países. Contudo, como nos referem Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1996), começou a verificar-se que em alguns países, sobretudo nos mais desenvolvidos, muitos adultos com escolaridade obrigatória relativamente longa, evidenciavam dificuldades ao nível da leitura, da escrita e do cálculo, vendo diminuídas as suas capacidades para participar na vida social.

A partir da década de sessenta, de forma progressiva, passa a dar-se enfoque à capacidade funcional para usar a informação e não só à capacidade para a descodificar (Fernandes, 1996). Para além de aprender a ler e escrever, é importante formar-se profissionalmente com o objetivo de aceder ao mercado de trabalho. Desta forma prioriza-se o desenvolvimento económico e social e a satisfação das necessidades de mão-de-obra.

Em consequência, ao termo alfabetização foi-se associando de forma progressiva, o termo 'funcional'. Surge então o conceito de 'alfabetização funcional' entendido como o conjunto de competências suficientes para que os indivíduos possam inserir-se adequadamente no seu meio e desempenhar tarefas em que a leitura, a escrita e o

cálculo são necessários para o seu próprio desenvolvimento e para o desenvolvimento da sua comunidade (Ribeiro, 1997). A alfabetização ou alfabetismo funcional é, pois, uma medida de como os conhecimentos básicos aprendidos nos primeiros anos de escolaridade são transformados em habilidades necessárias para a realização das atividades do quotidiano (Costa & Correa, 2014).

É precisamente do termo ‘alfabetização funcional’ que parece ter surgido o novo termo literacia, dando enfoque às capacidades de leitura e escrita dos indivíduos que frequentaram o sistema escolar, traduzidas em competências (ensinadas e aprendidas) de inserção e desenvolvimento na e da comunidade, e não só à obrigatoriedade da sua frequência (Delgado-Martins, Ramalho & Costa, 2000).

Daí que, atualmente, as preocupações educacionais se centrem no conceito ‘literacia’, entendido como um conhecimento processual, em aberto, não necessariamente ligado ao grau de escolaridade e ao processo de obtenção das competências (ato de ensinar e de aprender) mas sim, à capacidade de as usar (Benavente et al., 1996).

Posteriormente, já na década de setenta, a literacia orienta-se para a libertação do indivíduo. De facto, ao aproximar-se do conceito de educação ou formação de base, cujo objetivo é o desenvolvimento de competências de leitura, escrita e cálculo, mas também a aquisição de conhecimentos fundamentais que permitam ao indivíduo tornar-se mais autónomo e satisfazer as suas próprias necessidades (Fernandes, 1996), passou a ser enquadrada numa perspetiva mais vasta de desenvolvimento humano e de garantia dos direitos fundamentais.

Há mais de 50 anos que a literacia tem sido reconhecida como um Direito Humano Fundamental no que respeita ao desenvolvimento do cidadão enquanto ser único e ao desenvolvimento da sociedade a que pertence (Macedo, 2005).

A UNESCO, desde a sua criação em 1945, tem promovido a literacia como um direito, em várias declarações e iniciativas internacionais: na Declaração de Persépolis em 1975; Declaração de Hamburgo em 1997; Literacia - Iniciativa para o Empoderamento (LIFE - *Literacy Initiative for Empowerment*) - 2006-2011, com especial incidência nos países que enfrentam os maiores desafios de literacia, principalmente em África e na Ásia.

Também a ONU, em 2001, na Assembleia Geral das Nações Unidas, adotou uma resolução “Década da Literacia 2003 – 2012” sob o tema “*Literacy for all: voice for all, learning for all*”. Desde então têm sido desenvolvidas inúmeras iniciativas no sentido de alertar os governos e organizações do mundo inteiro para a adoção de políticas estratégicas nacionais para o desenvolvimento de programas e planos de promoção da literacia.

Já mais recentemente, em 2016, o ELINET (*European Literacy Policy Network*) desenvolveu a Declaração dos Direitos de Literacia dos Cidadãos Europeus para enfatizar esse direito universal (ELINET, 2016).

Pelo exposto percebemos a importância da literacia enquanto medida que reforça a liberdade individual, facilitando a igualdade de acesso dos cidadãos aos direitos fundamentais.

Como temos vindo a apresentar, o debate em torno do conceito de literacia, há muito que se afastou de uma compreensão redutora associada à capacidade de ler, escrever e ter habilidades básicas de cálculo, para se centrar numa abordagem mais ampla que representa a complexidade, a cultura, o empoderamento e o desenvolvimento da comunidade. Consequentemente, o pensamento mais recente sobre literacia mostra uma estreita afinidade com as abordagens desenvolvidas no campo da promoção da saúde em torno da Carta de Ottawa (World Health Organization [WHO], Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Association, 1996).

Diversas tentativas de definição do conceito têm surgido, centrando-se sobretudo nas habilidades fundamentais necessárias a todos num mundo em rápida mudança e nas aprendizagens essenciais que se refletem no saber fazer e no fazer o saber, ligando a educação básica e a educação de adultos, num *continuum* de convergência de objetivos, no contexto de educação para todos e ao longo da vida.

O novo milénio traça um novo paradigma social dominado pela informação. Com refere Gomes (2003), a literacia passa a ser a chave que abre as portas de uma sociedade marcada por uma cada vez maior impregnação na vida social e profissional de documentos escritos, pelo esbatimento das fronteiras do espaço físico através da utilização das novas tecnologias da informação e comunicação, pelo aumento crescente da circulação da informação escrita contida em diferentes suportes (e a necessidade da sua compreensão eficaz) e pela solicitação do uso da leitura e da escrita na interação com as instituições e no exercício da cidadania.

O Centro de Literacia do Quebec (CLQ) propõe uma definição operacional de literacia para o terceiro milénio, tentando integrar uma ampla gama de fatores:

- A literacia envolve um conjunto complexo de habilidades para compreender e utilizar o sistema de símbolos dominante de uma cultura para o desenvolvimento pessoal e comunitário. A necessidade e a procura dessas habilidades variam em diferentes sociedades. Numa sociedade tecnológica, o conceito está a expandir-se para incluir os *media* e o texto eletrónico, além do alfabeto e dos números. Aos indivíduos devem ser dadas ao longo da vida, oportunidades para se mover ao longo de um *continuum* que

inclui a leitura, a escrita, a compreensão crítica e a capacidade de tomada de decisão que eles necessitem nas suas comunidades (CLQ, 2000).

O sistema canadiano de informação e pesquisa em educação (CERIS) identificou seis competências de literacia: 'literacia quantitativa'; 'literacia científica'; 'literacia tecnológica'; 'literacia cultural'; 'literacia dos media'; e 'literacia informática' (CERIS, 1999, citado por Kickbush, 2001). Trata-se de competências com as quais lidamos quotidianamente e que, de facto, exigem conhecimento específico e capacidade de utilização devido à quantidade de informação disponível e à sua complexidade. O fosso entre as competências tradicionais de literacia desenvolvidas em ambiente escolar e aquelas que estão implicadas na experiência contemporânea dos *media* é cada vez maior (Buckingham, 2007).

É essencial juntar a esta lista a 'Literacia em Saúde'. A razão existe e não é exagerada. Saúde e doença existem numa matriz cultural e a promoção da saúde deve responder ao contexto local (Jahan, 2000, citado por Kickbush, 2001).

2. Literacia em saúde

Existe evidência científica consistente (e.g. Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011; DeWalt et al., 2004) da relação entre níveis de literacia e resultados em saúde. Geralmente, a baixos níveis de literacia correspondem piores resultados em saúde, na direta medida em que os indivíduos respondem pior à educação para a saúde, utilizam menos os serviços na área da prevenção e vigilância, apresentam dificuldades acrescidas ao nível da gestão das doenças crónicas, seja pela deficiente acessibilidade aos serviços e interação com os profissionais, seja pelos frequentes erros de interpretação das prescrições, ficando mais expostos aos seus efeitos adversos e a comportamentos de não adesão. Consequentemente concorrem para altos custos em saúde, individuais e sociais (DeWalt et al., 2004). Esta relação entre literacia e estado geral de saúde, hoje reconhecida e melhor compreendida, está na base do conceito de 'literacia em saúde'.

O termo 'literacia em saúde' tem sido utilizado na literatura desde há mais de 40 anos quando Simonds, em 1974, o relacionou com a importância da saúde e educação no desenvolvimento de normas mínimas para a promoção da saúde em ambiente escolar (Simonds, 1974). Daí para cá, múltiplas definições têm sido propostas, resultantes da sua complexidade, não só pelo contexto ou enquadramento em que ocorre a procura de cuidados de saúde, mas também pelas habilidades que as pessoas trazem à situação.

A este propósito, o Institute of Medicine of the National Academies (IOM), no seu relatório de 2004, refere que a base da literacia em saúde está na interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade (IOM, 2004).

Partindo da definição desenvolvida em 2012 pelo European Health Literacy Consortium, a literacia em saúde capacita as pessoas de conhecimentos, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações relativas à saúde, a fim de fazerem julgamentos e tomarem decisões na sua vida quotidiana, relativos a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (WHO, 2013, citada por Serrão, Veiga & Vieira, 2015).

Nos Estados Unidos, em particular, o conceito tem sido utilizado para descrever e explicar a relação entre os níveis de literacia do doente e a sua capacidade para cumprir os regimes terapêuticos prescritos, seguindo, portanto, o significado da definição tradicional de literacia, ou seja, a capacidade de um indivíduo para ler, escrever e compreender palavras e frases (DeWalt et al., 2004; Nutbeam, 2000; Parker, 2000).

No entanto, esta definição fundamental, mas um pouco redutora de literacia em saúde, perde muito do profundo significado e propósito da literacia para as pessoas, como tal, o campo de estudos da literacia está vivo, com debate sobre os diferentes 'tipos' de literacia e a sua aplicação prática na vida quotidiana.

Em 2000, Nutbeam defendia que a saúde e a literacia são os principais *outcomes* da atividade de educação para a saúde, situada num conceito mais amplo de promoção da saúde, afirmando que as iniciativas de informação e educação em saúde são essenciais para melhorar a literacia em saúde. Além disso, ele identificou três diferentes tipos de literacia em saúde:

- Literacia básica/funcional: habilidades básicas de leitura e escrita que tornam o indivíduo capaz de funcionar eficazmente em situações quotidianas. Amplamente compatível com a definição mais redutora de 'literacia em saúde' acima referida.
- Literacia comunicativa/interativa: nível mais avançado de habilidades cognitivas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser utilizadas para participar ativamente nas atividades quotidianas, para retirar informações e perceber significados de diferentes formas de comunicação e aplicá-las às novas circunstâncias.
- Literacia crítica: habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar a informação de forma crítica e

usar essa informação para exercer um maior controle sobre as situações e acontecimentos de vida (Nutbeam, 2000).

Já mais recentemente, na 7ª Conferência Global em Promoção da Saúde, realizada em Nairobi, em 2009, a OMS redigiu um documento que define competências em saúde como a capacidade das pessoas para compreender, avaliar e comunicar informações ao interagir com diferentes contextos de saúde, a fim de promover e manter a boa saúde ao longo do ciclo de vida (WHO, 2009).

Este documento propõe também uma divisão do conceito de literacia em saúde em três níveis diferentes que poderão ser claramente sobrepostos aos identificados por Nutbeam (2000):

- Literacia funcional: capacidade para ler os formulários de consentimento informado, os rótulos e informações de saúde e compreender informações escritas e orais fornecidas por profissionais de saúde (e.g. médicos, enfermeiros, farmacêuticos)
- Literacia conceptual: competências que as pessoas desenvolvem ao longo da sua vida, no sentido de procurar compreender, avaliar e utilizar informações de saúde e conceitos para fazer escolhas e tomar decisões conscientes.
- Saúde como capacitadora de literacia: fortalecimento da cidadania através de um compromisso com a promoção e prevenção da saúde, envolvendo os indivíduos na compreensão dos seus direitos como pacientes e na capacidade de transitar no sistema de saúde, agindo como consumidores informados sobre os riscos para a saúde, sobre os produtos e serviços e sobre as opções dos prestadores de cuidados (OMS, 2009, citada por Oliveira, 2011).

Esta classificação mostra que os diferentes tipos de literacia permitem níveis progressivos de autonomia e empoderamento pessoal. A progressão entre os níveis não depende apenas do desenvolvimento cognitivo, influenciado pelas respostas individuais e mediado por competências pessoais, sociais e de autoeficácia, mas também da exposição a diferentes conteúdos e métodos de comunicação (Nutbeam, 2000).

Em contraste com a definição de 'literacia funcional' anteriormente apresentada, outras definições mais abrangentes são avançadas, incluindo não só a capacidade funcional de um indivíduo para ler, escrever e compreender termos médicos, mas também a capacidade e conhecimento para usar a informação disponível para promover e manter a saúde (DeWalt et al., 2004; Jorm, 2000; Nutbeam, 2000; Parker, 2000; Parker et al., 2003; Watters, 2003).

Nesta abordagem mais ampla, a literacia em saúde pode assim ser definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, processar, compreender e utilizar a informação e os serviços básicos necessários para tomar decisões de saúde adequadas, de forma a promover e manter uma boa saúde. Implica reconhecer os sintomas, ter consciência das opções de saúde disponíveis, compreender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, compreender os formulários de consentimento e direitos de confidencialidade, entre outros (WHO, 2009).

Essa definição reflete e integra claramente elementos dos dois outros tipos de literacia descritos anteriormente: literacia interativa e literacia crítica. Além disso, amplia significativamente o alcance da comunicação e da educação para a saúde, com implicações para os seus métodos, realçando os benefícios pessoais e sociais que daí podem advir.

Deste modo, a literacia em saúde vai além do conceito estreito de educação em saúde e comunicação orientada para o comportamento individual, e aborda os fatores ambientais, políticos e sociais que determinam a saúde (WHO, 2009), podendo ser considerada não apenas como uma característica pessoal, mas como uma determinante chave da saúde das populações (Kickbush, 2001).

Em termos de 'conteúdo', os esforços para melhorar a literacia em saúde devem ser dirigidos à mudança de estilo de vida pessoal e à forma como as pessoas usam os serviços de saúde, mas também à promoção de ações individuais e coletivas dirigidas à modificação dos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde.

Em termos de 'benefícios para a saúde', a definição implica que a literacia em saúde não é apenas um recurso individual que leva a benefícios pessoais. Implica também que o alcance de níveis mais elevados de literacia em saúde na população terá benefícios ao nível do desenvolvimento do capital social e humano.

Em termos de 'método de ensino e comunicação', este conceito propõe o desafio de comunicar de forma a promover a interação, participação e análise crítica, integrando-se num modelo de desenvolvimento comunitário, assente na formação de adultos e particularmente ligado ao empoderamento.

Nesta compreensão abrangente, a promoção da literacia em saúde visa não apenas influenciar as decisões individuais, mas também melhorar a compreensão dos determinantes em saúde, e incentivar ações individuais e coletivas que possam levar à sua modificação (WHO, 2009).

3. Literacia em saúde mental

A saúde e a doença mental são, com toda a certeza, as áreas da saúde que mais alterações têm sofrido ao longo das últimas décadas, quer nos diferentes domínios profissionais e científicos, quer ao nível da opinião pública, geralmente (des)informada pelos conteúdos veiculados nos *media*. A esse propósito escrevem Loureiro e colegas:

“(...) prevalecem imagens quase sempre despidas de credibilidade, que reduzem as doenças às transgressões, crimes e violência, como se assim se conseguisse explicar, *per sí*, todas as adversidades do nosso quotidiano e consequentemente as partes menos sadias do relacionamento e confronto connosco próprios e com os outros” (2012c, pp 162).

Desta forma, se a saúde mental é um bem de valor inestimável e uma prioridade de saúde pública, ao mesmo tempo que a doença mental é um contingente da condição humana com pesadas implicações em termos humanos sociais e económicos, torna-se fundamental derrubar as barreiras do estigma e discriminação que impedem milhões de pessoas em todo o mundo, não fugindo Portugal à regra, de receber o tratamento de que necessitam e que merecem.

O estigma faz prevalecer simultaneamente uma visão preconceituosa das doenças e dos doentes, fortemente enraizada cultural e socialmente, repercutindo-se na relação com os doentes ao nível dos comportamentos discriminatórios no quotidiano, mas também na relação do indivíduo consigo mesmo, caracterizada pela ocultação de sintomas e recusa na procura de ajuda, quando paira um eventual processo de doença (Loureiro et al., 2012c).

O conceito de LSM surge tendo subjacente o conceito mais abrangente de literacia em saúde, anteriormente definido.

Enquanto a importância da literacia em saúde tem sido amplamente aceite, a área de conhecimento sobre a LSM só recentemente foi explorada.

Em 1997, Anthony Jorm e os seus colaboradores apresentaram o conceito de LSM entendido como ‘conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção’ (Jorm et al., 1997).

Nesta investigação pioneira realizada no final dos anos 90, Anthony Jorm e os seus colaboradores abordaram este desafio sob a perspetiva da importância do investimento em competência em saúde mental.

Os autores apontam para um conjunto de dimensões integradas no conceito de LSM: capacidade de reconhecer as perturbações mentais específicas ou diferentes tipos de

stress psicológico; conhecimentos e crenças sobre causas e fatores de risco para as doenças mentais; conhecimento e crenças sobre as intervenções apropriadas de autoajuda; conhecimento das intervenções profissionais disponíveis; atitudes que facilitam o reconhecimento e a adequada procura de ajuda; e ainda, o conhecimento sobre procura de informação em saúde mental (Jorm et al., 1997).

Contudo, nestes últimos anos, o conceito tem vindo a evoluir ao nível dos seus componentes. Atualmente inclui: a) conhecimento de como prevenir as perturbações mentais; b) reconhecimento do despoletar da doença; c) conhecimento das opções de ajuda e tratamentos disponíveis; d) conhecimento de estratégias de autoajuda para os problemas menos graves; e e) competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental (Jorm, 2012).

Com a criação deste conceito, os autores pretenderam colocar em evidência uma dimensão fundamental da saúde habitualmente negligenciada, uma vez que o público em geral tem pouco conhecimento e crenças erradas sobre as perturbações mentais, contrariamente ao que sucede com outros problemas de saúde graves, tais como o cancro e as doenças cardíacas).

A partir da definição é possível compreender as consequências que podem resultar dos reduzidos índices de LSM. Se pensarmos no impacto devastador da doença mental sobre os adolescentes e jovens, as suas famílias e o ambiente social, percebemos a sua extraordinária relevância. A LSM é crucial para aumentar o conhecimento do público sobre a saúde e doença mental constituindo um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais, evitando o adiamento da procura de ajuda enquanto os sintomas se agravam continuamente (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Os comportamentos de procura de ajuda podem ainda ser influenciados pela falta de conhecimento sobre a disponibilidade dos serviços de saúde mental, os profissionais disponíveis para apoio e, sobretudo as opções de tratamento disponíveis (Cotton et al., 2006).

Em consequência, fatores como a falta de um diagnóstico correto, opções de tratamento inapropriadas ou insuficientes e baixos níveis de LSM constituem uma combinação desastrosa e contribuem para a existência de falhas significativas ao nível da intervenção, tendo como consequência o envolvimento no sistema de justiça juvenil, uso de substâncias e comportamentos auto lesivos (Wacker, 2009).

Como veremos de forma mais pormenorizada em capítulo subsequente deste trabalho, o risco de desenvolver uma perturbação mental ao longo da vida é enorme. Desta forma, a grande maioria da população mundial terá, certamente, contacto com alguém com problemas de saúde mental. O seu reconhecimento é essencial na medida em que influencia as atitudes e os comportamentos para com estas pessoas (Jorm, 2000). Além disso, a LSM é importante enquanto determinante de comportamentos de procura de ajuda na medida em que o desconhecimento das doenças mentais, dos seus sintomas e das formas de tratamento adequadas estão relacionados negativamente com o uso dos cuidados de saúde, fazendo aumentar consideravelmente os encargos tanto em termos económicos como sociais (Wacker, 2009). Por esta razão, mas também pela diminuição significativa da qualidade de vida dos doentes, o conceito de LSM tem vindo a ganhar uma atenção crescente nos últimos anos.

Neste sentido, Parlslow e Jorm (2002) sugerem a adoção de um modelo que reconhece o papel do conhecimento, crenças e atitudes na promoção e reforço de comportamentos relacionados com a saúde e a procura de ajuda.

Estudos recentes têm evidenciado que os níveis de LSM são baixos independentemente da população considerada (Chen et al., 2000; Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b; Reavley & Jorm, 2011). Embora as pessoas consigam distinguir satisfatoriamente o que é ou não é 'normal', o reconhecimento dos distúrbios específicos está distante do desejável.

As pessoas têm baixa compreensão e são incapazes de identificar corretamente as perturbações mentais, não compreendem os fatores causais subjacentes, têm medo daqueles que percebem como doentes mentais, têm crenças erradas sobre a efetividade do tratamento, são frequentemente relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros (Jorm, 2000; Jorm et al., 2005; Jorm, Kitchener, Kanowski & Kelly, 2007a; Lauber et al., 2003; Priest et al., 1996).

Em adolescentes, uma revisão de estudos recentes sobre LSM conclui existirem dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização as ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014b). Contudo, tratando-se de um grupo com reduzido nível de interação com o sistema de saúde, apresenta um potencial de intervenção elevado, sobretudo porque faz uso das tecnologias de informação como a internet, sendo uma das fontes privilegiadas de procura e acesso à informação em saúde (Loureiro et al., 2012c).

O reconhecimento das perturbações mentais, um dos componentes principais da LSM, é considerado um fator importante, porque a incapacidade para identificar uma doença em si próprio ou no outro pode resultar em atrasos significativos na procura de tratamento adequado, a utilização de medicação inapropriada ou dificuldade no acesso aos profissionais de saúde (Jorm, 2000; Jorm et al., 2006).

Durante as últimas décadas, dezenas de estudos de tipo transversal foram realizados a nível internacional, visando avaliar os diversos componentes da LSM: crenças, atitudes, estigma e discriminação e ainda, reconhecimento das perturbações mentais e das suas causas, comportamentos de risco e de procura de ajuda, entre outros.

Em Portugal, até 2010, os estudos realizados para avaliar as questões relacionadas com a LSM eram escassos. Destes, destacamos dois (Loureiro et al., 2008; Loureiro et al., 2009). O primeiro, realizado com uma amostra aleatória de 834 adultos residentes na região de Coimbra, e o segundo realizado com uma amostra de 617 adolescentes e jovens, sendo o recrutamento feito a partir de amostras aleatórias de escolas de Coimbra.

Os resultados destes estudos pioneiros no nosso país mostraram, entre outros fatores, baixa compreensão e dificuldade em distinguir as perturbações mentais, sendo a diferenciação vaga e baseada na bipolaridade resultante da comunicação social; crenças negativas sobre as doenças e os doentes mentais, baseadas quase exclusivamente nos mitos da perigosidade, imprevisibilidade e incurabilidade; baixa compreensão dos sinais e sintomas, etiologia e tratamento adequado e relutância em procurar ajuda profissional.

Em 2010, o governo português, através da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) financiou um projeto acolhido pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, liderado pelo Professor Luís Loureiro, designado «Educação e sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção escolar para adolescentes e jovens». Este programa tinha como um dos principais objetivos, a avaliação da LSM de adolescentes e jovens portugueses. O estudo foi realizado em escolas de 3º ciclo e secundárias da zona de abrangência da Direção Regional de Educação do Centro, sendo a amostra constituída por 4938 adolescentes e jovens, tendo sido utilizado como instrumento de colheita de dados o QuALiSMental (Questionário de Avaliação da literacia em saúde mental) de Loureiro et al. (2012).

Os resultados deste estudo foram publicados e divulgados em diversos artigos (e.g. Loureiro et al., 2012b; Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b), sendo as suas conclusões enquadráveis no referido anteriormente: dificuldades de reconhecimento dos problemas retratados nas vinhetas; e níveis modestos de literacia nos restantes componentes da LSM. Estas conclusões são, até certo ponto, concordantes com os

resultados de alguns estudos transversais realizados noutros países (Lauber et al., 2003; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001; Wolff & Stuber, 2002; etc.) com amostras de adultos e jovens; com os resultados das metanálises de Cotton et al. (2006); Kelly et al. (2007); Rickwood et al. (2005), incidindo sobre adolescentes e jovens; ou com os resultados do inquérito nacional sobre reconhecimento das doenças mentais e crenças sobre o tratamento, realizado na Austrália (Reavley & Jorm, 2011).

CAPÍTULO 2 TORNAR-SE ADOLESCENTE

Tornar-se adolescente tem subjacente um processo contínuo de mudança, de construção de uma identidade própria, de transformações físicas e de maturidade sexual, existindo uma preocupação especial com o corpo, com a aparência pessoal e com a aprovação social (Loureiro, 2013b).

A adolescência é tomada neste estudo como o período que medeia entre a infância e a maturidade adulta, período de tensão, uma vez que as modificações que ocorrem no corpo devido à puberdade têm um impacto significativo sobre o psiquismo, exigindo do indivíduo a capacidade de se reorganizar.

Existem muitos conceitos de adolescência. No contexto deste trabalho iremos considerar o conceito apresentado pela OMS em 1965 que caracteriza a adolescência como um período onde ocorrem mudanças rápidas e profundas ao nível dos processos bioquímicos, anatómicos e mentais, num processo de interação importante e próximo com os fatores sociais, que deverão ter-se em conta quando se estudam os problemas próprios desta fase (OMS, 1965).

Neste capítulo iremos abordar a adolescência enquanto período de transição crítica, com enfoque em algumas teorias explicativas que nos permitem perceber esta fase de desenvolvimento humano: teorias biológicas, psicanalíticas, socioculturais e cognitivas, com relevância particular para as perspetivas de Erick Erickson.

Abordamos também a adolescência sob o ponto de vista da prevalência dos problemas de saúde mental e a sua relevância na forma como afetam profundamente o desenvolvimento e autonomia do futuro adulto, com repercussões a nível pessoal, familiar e social, realçando-se a importância da promoção da LSM, enquanto estratégia para melhorar os comportamentos de procura de ajuda.

1. Adolescência, uma transição crítica

Segundo a OMS são consideradas adolescentes as pessoas que se encontram entre os 10 e os 19 anos de idade, o que corresponde a cerca de 20% da população mundial.

O termo “adolescência” – do latim “*adolescere*”, que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976), utilizado para designar um período do ciclo vital

no qual ocorre a intermediação entre a infância e a idade adulta, é um conceito relativamente novo no contexto cultural (Macedo et al., 2011), surgido, tal como hoje o concebemos, durante o séc. XIX, com a revolução industrial – a par do prolongamento do controle das famílias sobre os jovens até à idade do casamento. Contudo, este ‘período agitado da vida humana’, como é considerado por Almeida (2003), tem vindo a preocupar as sociedades desde a antiguidade, constituindo objeto de estudo das mais variadas correntes do pensamento, desde a Filosofia à Psicologia e restantes Ciências Sociais.

Existem diversas teorias explicativas da adolescência que têm como objetivo perceber melhor esta fase de desenvolvimento humano, que não sendo obrigatoriamente uma fase perturbada, pode trazer algum sofrimento tanto ao adolescente como aos adultos que com ele interagem.

A história mostra-nos que as principais teorias do desenvolvimento foram responsáveis por explicar o fenómeno da adolescência, com base em duas questões principais: a adolescência como uma fase distinta no desenvolvimento; e como um período caracterizado por crescentes e inevitáveis níveis de turbulência (Senna & Dessen, 2012). Tais questões organizaram as teorias da adolescência diferenciando-as em teorias biológicas, psicanalíticas, socioculturais e cognitivas.

Spano (2004), recorrendo aos trabalhos de Muuss, Velder e Porton (1996) e de Rice e Dolgin (2002), sintetiza os aspetos principais das quatro teorias:

As teorias biológicas destacam-se da obra de G. Stanley Hall, Arnold Gesell e James Tanner, baseada no desenvolvimento das espécies (filogénese) e na recapitulação do desenvolvimento do indivíduo (ontogénese). Este conjunto de teorias centra o seu foco nos aspetos biológicos e defende que o desenvolvimento físico e sexual é determinado pelos genes e pela biologia.

As teorias psicanalíticas são baseadas nos pressupostos da psicanálise de Sigmund Freud (1856-1939) e Anna Freud (1895-1982). Os autores não identificam a adolescência como uma fase distinta no desenvolvimento, apesar de a considerarem crucial. A adolescência é considerada um período de excitação sexual, ansiedade e revolta emocional.

Dentro das teorias psicanalíticas, a teoria do desenvolvimento psicossocial, baseada no trabalho de Erik Erikson, integra a psicanálise no campo da antropologia cultural, enfatizando a interação entre as dimensões intelectual, sociocultural, histórica e biológica. O foco está na formação da identidade do adolescente e na luta entre identidade *versus* confusão.

O terceiro grupo de teorias do desenvolvimento tem por base o trabalho de Margaret Mead e Carol Gilligan e é reconhecido por priorizar os aspetos socioculturais da adolescência com foco na cultura em que a criança cresce. O adolescente é moldado, para além da influência dos pais e pares, pelo ambiente social amplo (cultura).

O quarto grupo de teorias merece destaque ao privilegiar os processos cognitivos do adolescente. Tendo por base o trabalho de Jean Piaget, este conjunto de teorias defende que os comportamentos dos adolescentes têm a sua origem nas mudanças na forma de pensar, característica chave desta fase. O foco está no pensamento operacional formal, indo além do concreto e das experiências reais. O adolescente começa a pensar em termos lógicos e abstratos.

Deste conjunto de teorias que problematizam a adolescência enquanto fase crítica de transição e de adaptação à realidade, queremos aqui destacar a teoria de Erik Erikson, reputado psicólogo de desenvolvimento, que foi o primeiro autor a utilizar o conceito de “crise de identidade” associado à adolescência, fase a que atribui especial importância, devido ao facto de ser um período de transição em que se verificam acontecimentos relevantes para a personalidade adulta.

Erikson realizou extenso e reconhecido trabalho, realçando-se a sua teoria sobre as fases de desenvolvimento da identidade humana (teoria psicossocial do desenvolvimento). Das oito fases propostas por Erikson, que, no seu conjunto, constituem o ciclo da vida, duas referem-se diretamente ao período da adolescência.

Desde os cinco anos até atingir a puberdade, a criança está envolvida numa fase conhecida como ‘mestria *versus* inferioridade’ (industry *versus* inferiority). Durante esse tempo, a criança esforça-se para ganhar *status* entre os seus pares, tentando encontrar um equilíbrio entre os seus pontos fortes e fracos. Concluída esta etapa, o adolescente torna-se mais envolvido com os sistemas sociais e grupos de pares. Isto conduz à fase ‘identidade *versus* confusão’ (identity *versus* confusion), que ocorre durante toda a puberdade e início da idade adulta. Este é o momento da adolescência em que as atitudes sobre sexo, amor, casamento, os papéis de género e outras questões importantes da vida são formadas e se tornam parte da identidade do indivíduo (Hashmi, 2013).

Como se sabe, os adolescentes não têm sempre o mesmo tipo de atitudes, ou seja, vacilam entre vários tipos de identidade, transitando de uns para outros.

Para Erikson:

“a identidade é um produto singular que enfrenta agora uma crise a ser exclusivamente resolvida em novas identificações com os companheiros da mesma

idade e com figuras líderes fora da família. A busca de uma identidade nova, mas idónea, pode ser melhor observada, talvez, no persistente esforço dos adolescentes para se definirem e redefinirem a si mesmos e uns aos outros, numa comparação muitas vezes implacável” (1987, p.86).

“A formação da identidade emprega um processo de reflexão e observação simultânea, um processo que ocorre em todos os níveis de funcionamento mental, pelo qual o indivíduo se julga a si próprio à luz daquilo que percebe ser a maneira como os outros o julgam” (1987, p.21).

Assim, para Erikson, a adolescência é um período da vida que encerra em si profundas transformações físicas e psicológicas com implicações ao nível afetivo, intelectual e social, vivenciadas em determinado contexto cultural, mas que permitirá ao adolescente sentir a globalidade, experimentando uma continuidade progressiva entre aquilo que foi durante os longos anos de infância e aquilo em que promete transformar-se; entre aquilo que concebe ser e aquilo que os outros percebem e esperaram dele (Erikson, 1987). O adolescente assediado pelas transformações fisiológicas próprias da puberdade, vai questionar as construções dos períodos anteriores, próprios da infância num processo de reestruturação da identidade.

Em termos evolutivos, a adolescência é, pois, uma etapa de transformações que resultam da inter-relação entre mudanças físicas e psíquicas, uma vez que a partir das primeiras se constitui uma intensa exigência de trabalho psíquico no sentido da reestruturação da identidade do sujeito, para que possa apropriar-se do processo de transformações que involuntariamente o acomete (Macedo, Azevedo & Castan, 2010, citados por Macedo et al., 2011).

Mas a adolescência não é apenas marcada por mudanças físicas e psicológicas. As questões sociais, emocionais e interpessoais assumem também um papel relevante. À medida que crescem e se desenvolvem, os adolescentes são influenciados por fatores externos, tais como: a relação com os pais, colegas e comunidade; a cultura; a religião; a escola; os acontecimentos mundiais e os meios de comunicação.

Desta forma, podemos considerar que os adolescentes enfrentam um período de transição crítica (WHO, 2016) ou uma crise de adaptação à realidade durante a qual a procura da identidade assenta numa ampla e profunda desestruturação, marcada por desequilíbrios e instabilidade. Porém, falar de ‘crise adolescente’ não é falar necessariamente de algo indesejável, destrutivo e patológico. Esta designação refere-se, também, a um conjunto de vivências que transportam dificuldades e incertezas, fazendo

com que seja uma etapa de grande importância e decisiva para eventos futuros (Macedo et al., 2011).

As crises acontecem em diversos momentos ao longo do ciclo vital, sendo, no entanto, mais evidentes na adolescência. Pode-se dizer que são essas crises que fazem crescer, promovem mudanças e viabilizam aquisições importantes. Porém, delas também podem decorrer situações de sofrimento psicológico, uma vez que, com frequência, colocam o indivíduo perante situações de reflexão sobre sua própria trajetória de vida. Sendo assim, a adolescência faz uma exigência ao sujeito de rever o seu passado e perspetivar o seu futuro.

O desenvolvimento psíquico dos indivíduos não pode ser analisado como um processo de evolução linear. Contudo, tentando englobar a singularidade dos diferentes fatores envolvidos e a sua melhor compreensão, é possível fragmentar o período da adolescência em fases, que visam clarificar os conflitos e as aquisições do adolescente ao longo deste período singular da sua vida.

De acordo com Hashmi (2013), a ampla maioria dos autores que abordam a adolescência, fazem-no recorrendo a um modelo caracterizado por três fases: a puberdade ou adolescência inicial (10-14 anos); adolescência média (14-17 anos); e adolescência tardia ou superior (17-20 anos).

No entanto, de entre os diferentes autores que abordam a adolescência, queremos destacar os aportes teóricos de Peter Blos, o qual propõe, não três, mas quatro fases da adolescência: pré-adolescência; adolescência inicial; adolescência propriamente dita; e adolescência final (Blos, 1996). Esta divisão permite uma análise mais acurada da complexidade das experiências que caracterizam esse período.

Segundo Blos, na primeira fase (pré-adolescência), a partir das transformações físicas, um sentimento de estranheza começa a apoderar-se do Eu. O grupo de amigos assume uma importância determinante porque viabiliza movimentos identificatórios entre os seus membros e possibilita ao adolescente sentir-se apoiado nas suas dúvidas e conflitos.

Na segunda fase (adolescência inicial), o adolescente confronta-se cada vez mais com os conflitos típicos da experiência de ser adolescente, em comparação com a infância. É comum ocorrerem tentativas de separação dos pais, e movimentos de procura de confiança e segurança em novos espaços e em novos objetos.

A terceira fase (adolescência propriamente dita) é, segundo Peter Blos, o auge do processo adolescente. Nesta fase, acentua-se o abandono da confiança e segurança anteriormente depositada nas figuras parentais. A identidade vai tomando uma forma

mais estruturada conforme o indivíduo consiga integrar o seu passado com as experiências atuais.

Na última fase (adolescência final), observa-se a estabilização do sentimento de identidade, resultado do trabalho psíquico de síntese, apropriação e elaboração das experiências vividas. O adolescente torna-se capaz de estabelecer planos em diversas áreas e projetá-los no futuro, de forma conciliável e interligada, evidenciando uma ideia de continuidade que não existia anteriormente.

Pela descrição sumária das fases que caracterizam a adolescência, percebe-se que, muito mais do que descrever aspetos relacionados com a idade, o autor enfatiza a condição de enfrentamento e resignificação das situações de conflito que marcam o trajeto da infância à idade adulta. Deste imenso trabalho resultará a capacidade de elaboração de perdas, de reconhecimento e integração na identidade das diferentes etapas do tempo vivido pelo adolescente. Trata-se da integração no tempo presente das experiências de um tempo passado e de abertura a expectativas em relação a um tempo futuro (Macedo et al., 2011).

Pelo exposto percebemos que a adolescência é uma importante fase do ciclo vital, particularmente sujeita a experiências desestabilizadoras. Por essa razão, desperta também preocupação quanto a possíveis situações de sofrimento psicológico resultantes do enfrentamento dos conflitos próprios desta fase ou da fragilidade de recursos defensivos, podendo culminar no surgimento de perturbações psiquiátricas (Saggese & Leite, 1999).

Podemos, pois, questionar-nos como fica tudo isso quando surge um problema de saúde mental, que ao contrário de outras doenças socialmente aceites, frequentemente curáveis e temporárias, traz consigo um grande impacto estigmatizante, principalmente numa fase em que os problemas relacionados com o bem-estar têm um profundo impacto na vida adulta (WHO, 2001), podendo tornar o adolescente mais suscetível e comprometer o seu desenvolvimento psicossocial e educacional (Jorm, 2000; Kelly et al., 2007; Rickwood et al., 2005; Rosa et al., 2014b). Nesta situação serão particularmente importantes as suas capacidades de enfrentamento da situação e de procura de ajuda (Macedo et al., 2011).

2. Saúde mental na adolescência

A adolescência é um processo dinâmico que se define pela negativa: o adolescente já não é criança e ainda não é adulto.

Para a maioria dos indivíduos, a adolescência é a fase mais bela da vida, decorrendo sem grandes sobressaltos, apesar de algumas pequenas turbulências. Porém, alguns adolescentes têm trajetos de vida mais problemáticos, podendo precisar de ajuda.

Os problemas de saúde mental assumem aqui um papel determinante, na medida em que se estima que a prevalência de perturbações do foro mental nesta fase da vida se situe cumulativamente entre os 15 e os 20% (Kelly et al., 2011; Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b; WHO, 2003). Acresce ainda o facto de a adolescência ser um dos períodos mais críticos para o início das perturbações mentais. Metade dos indivíduos que sofrem de uma doença mental experienciaram o seu primeiro episódio antes dos 18 anos (Kelly et al., 2011).

Devido às importantes metas de desenvolvimento emocional, físico e social que se alcançam nesta fase da vida, o início da doença mental pode ser debilitante e pode causar uma longa carga de sofrimento e incapacidade ao longo da vida.

A OMS define saúde mental como “Um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe a sua própria capacidade, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva, e é capaz de trazer uma contribuição para a comunidade em que se insere” (WHO, 2001). Em contrapartida, as perturbações mentais e comportamentais devem ser entendidas como:

“(...) condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. As perturbações mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do ‘normal’, sendo antes fenómenos claramente anormais ou patológicos” (Organização Panamericana da Saúde & OMS, 2001, p.18).

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são frequentes, podem afetar profundamente o desenvolvimento e a autonomia do futuro adulto, e muitos deles tendem a ter uma evolução crónica, com repercussões negativas e graves a nível familiar, educativo e social. Contudo, as discussões em torno da saúde e doença mental na adolescência estão sujeitas a muitas dúvidas e diferentes interpretações. É fundamental que se diferencie o que é próprio desta fase da vida, das perturbações que podem ter início neste período.

Para falarmos em ‘perturbação’, existem duas dimensões em que o adolescente é afetado: no sofrimento e no funcionamento. Cada uma destas dimensões tem que estar afetada de forma clinicamente significativa, isto é, pela frequência, gravidade e invasão da vida da pessoa (Santos, 2015). Isto ajuda-nos a distinguir as perturbações dos

problemas que surgem por períodos breves, ou de intensidade ligeira, ou que não perturbam o funcionamento de modo significativo.

Estes problemas, frequentemente associados ao processo de ‘tornar-se adulto’, mesmo não se constituindo como doença mental, traduzem sofrimento para o adolescente, beneficiando de intervenção profissional. Assim, entre o ‘normal’ e o ‘patológico’, existe todo um gradiente de situações para as quais há necessidade de ajuda técnica, sem que haja uma verdadeira ‘perturbação psiquiátrica’ (Santos, 2015).

Sabemos que, sem a ajuda técnica adequada, os problemas tendem a agudizar-se. Este facto releva, sobretudo, porque reduzidos índices de LSM estão diretamente associados a dificuldades no reconhecimento dos problemas e a estereótipos que conduzem a ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional (Jorm, 2000; Loureiro et al., 2009; Rickwood et al., 2005). Por esta razão, é particularmente importante promover os comportamentos de procura de ajuda profissional nos adolescentes com doença mental o que, entre outros aspetos, permitirá aumentar a probabilidade de que as metas de desenvolvimento sejam alcançadas, ajudará a deter a progressão da doença e a melhorar a qualidade de vida em adolescentes com doença mental estabelecida, mesmo quando esta permanece inalterada apesar das intervenções de tratamento (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007).

No entanto, para que isso ocorra, é essencial que os adolescentes que apresentam sintomas de doença mental sintam apoio para se envolverem na procura de ajuda profissional e no acesso a intervenções terapêuticas eficazes no início da doença. Infelizmente, porém, apenas uma minoria dos adolescentes com sintomas clinicamente significativos procura ajuda profissional adequada (Rickwood et al., 2005).

De acordo com o relatório “Portugal – Saúde Mental em Números 2015”, apresentado pela Direção Geral da Saúde (DGS), as perturbações mentais e do comportamento representam uma percentagem significativa no total de anos de vida saudável que os portugueses perdem, representando 20,55% do total de anos vividos com incapacidade.

Para melhorar estes resultados e reduzir a carga que a doença mental pode colocar sobre os adolescentes, as suas famílias e as comunidades, é necessário que, para além de melhorar a capacidade de avaliação e intervenção dos profissionais de saúde envolvidos (Santos, 2015), se promovam comportamentos de procura de ajuda.

Num ponto subsequente deste trabalho abordaremos os fatores que têm sido sobejamente relatados na literatura como barreiras ou facilitadores capazes de potenciar, inibir ou adiar os comportamentos de procura de ajuda. Antes, importa enquadrar os conceitos e teorias sobre procura de ajuda.

CAPÍTULO 3 TEORIAS DE PROCURA DE AJUDA

As primeiras tentativas de desenvolvimento de modelos teóricos sobre a utilização dos serviços de saúde datam das décadas de 50 e 60, destacando-se como precursores o modelo de crenças em saúde (*Health Belief Model*), apresentado na década de 50, e o modelo de Andersen de 1968. Esses modelos ganharam maior complexidade e evoluíram com base nos conceitos e relações neles esboçados.

O comportamento de procura de ajuda pressupõe o 'acesso' a serviços de saúde e deve ser entendido enquanto dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, associado à oferta, mas também ao uso dos serviços que, sendo também uma medida de 'acesso', não se explica apenas por ele.

A utilização dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores que influenciam o uso e a efetividade do cuidado: fatores individuais predisponentes, fatores contextuais; e fatores relativos à qualidade dos cuidados (Travassos & Martins, 2004).

Neste capítulo será feita uma abordagem sobre alguns modelos que nos permitirão compreender, para além dos trajetos no processo de procura de ajuda, a relação existente entre o acesso e o uso dos serviços, traduzida em comportamentos de procura de ajuda, e os seus determinantes.

1. Procura de ajuda: conceitos e teorias

Procura de ajuda em saúde mental é um conceito complexo, assente num conjunto de teorias e modelos que, sendo diferenciados, convergem na necessidade de considerar a importância dos aspetos psicológicos e sociais nos comportamentos de procura de ajuda em saúde (Gulliver, Griffiths, Christensen & Brewer, 2012; Jorm, 2012).

O conceito é geralmente usado como referência ao comportamento de procura ativa de ajuda através da comunicação com outras pessoas para obter informação, aconselhamento, tratamento e apoio geral, em resposta a um problema ou uma experiência angustiante. É, pois, uma forma de enfrentamento da situação, baseada em relações sociais e habilidades interpessoais (Rickwood et al., 2005), sendo uma componente significativa dos programas de educação, promoção e sensibilização para a

saúde e prevenção das doenças mentais, sobretudo em adolescentes e jovens (Biddle, Donovan, Sharp & Gunnell, 2007, citados por Loureiro, 2013b; Rickwood et al., 2005).

A procura de ajuda comporta diferentes estágios, nomeadamente o reconhecimento e consciência do problema e do modo como este afeta o indivíduo, requerendo a ajuda de outra pessoa; a perceção da capacidade para expressar os sintomas através da linguagem, e que o outro (profissional) o entende e valoriza; a análise da disponibilidade das fontes de ajuda que podem contribuir para a resolução do problema; vontade em procurar ajuda; e decisão para a ação (Loureiro, 2013b).

A ajuda pode ser procurada em diversas fontes com diferentes níveis de formalidade. Os estudos identificam dois tipos de fontes de ajuda utilizadas, as formais e as informais (Rosa et al., 2014b). As fontes de ajuda informais aproximam-se das relações sociais e compreendem o apoio de amigos e familiares. As fontes formais englobam essencialmente as ajudas profissionais de técnicos com formação adequada e um papel reconhecido ao nível da capacidade de ajuda e aconselhamento, tais como os profissionais de saúde mental e outros profissionais de saúde.

Como ideal os adolescentes a experienciar problemas de saúde mental deveriam aceder a profissionais e serviços preparados para dar respostas ajustadas e eficazes. Porém, a realidade é outra. Os estudos mostram uma clara preferência dos adolescentes pelas ajudas informais, evidenciando maior intenção de procurar ajuda na família e nos amigos do que em fontes formais (médico, psiquiatra, psicólogo) tanto para as perturbações específicas como para problemas emocionais, pessoais e comportamentais (Sheffield, Fiorenza & Sofronoff, 2004; Yap, Reavley & Jorm, 2013). A família e os amigos são ainda considerados como um importante suporte social (Scott & Chur-Hansen, 2008) e a principal resposta de ajuda a eventos stressantes (Olsson & Kennedy, 2010).

Mesmo a experiência atual ou prévia de doença não altera significativamente os comportamentos de procura de ajuda. Num estudo realizado com adolescentes com experiência prévia de doença (ansiedade e depressão) verificaram-se níveis muito baixos de utilização de fontes de ajuda formais. Só uma minoria (18,2% - Ansiedade; 23% - Depressão) dos participantes recebeu tratamento, e destes, a maioria em ambulatório (Essau, 2005). Noutro estudo foram analisados os comportamentos de procura de ajuda relacionados com a carga e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão, verificando-se que só uma minoria dos adolescentes com problemas de depressão e ansiedade é que procura ajuda profissional (6,9% e 35% nas situações mais graves) (Zachrisson, Rödje & Mykletun, 2006).

Cada vez mais, no entanto, a ajuda pode ser solicitada a partir de fontes, tais como a internet e o SMS, que não envolvem o contacto direto com outras pessoas. Alguns estudos têm enfatizado a importância das novas tecnologias nos comportamentos de procura de ajuda, pondo em evidência a importância da internet (Essau, 2005; Scott & Chur-Hansen, 2008); da utilização de linhas telefónicas de ajuda (Essau, 2005; Olsson & Kennedy, 2010); e da utilização do SMS nos meios rurais, como forma menos confrontacional de comunicar e de pedir ajuda (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Estes recursos e fontes de ajuda menos especializados, disponibilizados através das novas tecnologias, têm mostrado ser eficazes no envolvimento dos adolescentes e jovens em idade de transição e melhorar a sua capacidade de reconhecer, identificar e receber ajuda adequada para os problemas de saúde mental de uma forma acessível e não ameaçadora (Rowlands, Loxton, Dobson & Mishra, 2015).

O uso de serviços de saúde é um comportamento complexo, determinado por uma grande variedade de fatores.

O estudo dos percursos de acesso aos cuidados de saúde mental permite compreender e analisar os padrões de procura de ajuda de uma determinada população, através da caracterização dos utentes, dos intervenientes no processo de prestação de cuidados e do tempo decorrido entre cada contacto com profissionais de saúde, entre outras variáveis. Estes estudos surgem em 1991, tendo como base o modelo de Goldberg-Huxley, que descreve a forma como os utentes tendem a procurar ajuda para problemas de saúde mental (Ramos & Oliveira, 2012).

Este modelo é composto por cinco níveis sequenciais de cuidados, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados psiquiátricos especializados, separados entre si por filtros, que correspondem à decisão clínica de referenciação para o nível seguinte.

Por norma, a porta de entrada nos serviços de saúde é o médico de Medicina Geral e Familiar, cabendo-lhe também a responsabilidade de referenciação das situações para níveis mais diferenciados de cuidados. No entanto, vários estudos (e.g. Commander, Dharan, Odell & Surtees, 1997; Compton, Esterberg, Druss, Walker & Kaslow, 2006) têm demonstrando que nem sempre os utentes utilizam a sequência prevista no modelo de Goldberg-Huxley.

A análise dos trajetos percorridos no processo de procura de ajuda para problemas de saúde mental pode ser um auxiliar importante na deteção de tendências, atrasos e bloqueios na procura de ajuda, permitindo modelar a alocação de recursos de saúde na área em estudo, mas, sobretudo, direcionar intervenções para a melhoria do acesso aos cuidados (Ramos & Oliveira, 2012).

Importa, pois, compreender, para além dos trajetos no processo de procura de ajuda, a relação existente entre a utilização dos serviços, traduzida em comportamentos de procura de ajuda, e os seus determinantes. Esta relação pode ser melhor compreendida por meio de modelos teóricos explicativos. Várias teorias e modelos têm sido utilizadas, contudo, nenhuma foi amplamente aceite.

Teoria do Comportamento Planeado

A Teoria do Comportamento Planeado (TCP) postula que a intenção de executar um comportamento pode ser predita por meio da avaliação das atitudes individuais para com o comportamento, das normas subjetivas associadas e da percepção de controlo sobre a sua execução, ou seja, pretende explicar a forma como as atitudes, normas subjetivas, e controle percebido sobre o comportamento interagem para influenciar intenções e, consequentemente, o comportamento (Ajzen, 1985; 1991; Ajzen & Fishbein, 1980).

A teoria enfatiza, portanto, a importância de ter uma abordagem multidimensional para descrever o que influencia a intenção de uma pessoa executar um comportamento. Por exemplo, se um indivíduo é maioritariamente influenciado por normas subjetivas que se opõem aos comportamentos de procura de ajuda (e.g. estigma, crenças negativas), então, qualquer tentativa para influenciar a intenção dessa pessoa procurar ajuda psicológica pode ser frustrada se a mudança de atitude for o único foco da sua intervenção.

Modelo de Crenças em Saúde

A abordagem do modelo de crenças em saúde (MCS) pretende explicar que fatores podem inibir ou estimular um indivíduo a utilizar os serviços de saúde mental. Postula que a decisão de realizar um comportamento é dependente da avaliação do indivíduo sobre a ameaça da doença e da sua gravidade, das barreiras percebidas e dos benefícios do próprio comportamento (Rosenstock, 1966).

Centrando-se numa abordagem sociocognitiva, o MCS sugere que as pessoas tendem a envolver-se num determinado comportamento relacionado com a saúde quando acreditam que o problema pode ter consequências graves, por exemplo para as atividades de vida diária, quando acreditam que a intervenção é eficaz ou quando percebem poucas barreiras para a ação (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

Quando utilizado na área da saúde mental, o modelo oferece uma estrutura para o desenvolvimento e avaliação de programas destinados a melhorar os níveis de LSM e a

utilização adequada de ajudas, tendo sido utilizado anteriormente para a compreensão dos comportamentos de procura de ajuda para problemas de saúde mental na população em geral.

Modelo Comportamental de Andersen

O Modelo Comportamental de Andersen foi desenvolvido em 1968 tendo como objetivo compreender e avaliar comportamentos de uso de serviços de saúde, definir e medir o acesso equitativo aos serviços e auxiliar na implementação de políticas promotoras da equidade no acesso (Andersen, 1995).

Pavão e Coeli (2008) remetem-nos para o processo de elaboração do modelo assente em quatro fases distintas:

A primeira fase do modelo (década de 60) considera os fatores predisponentes (informações demográficas, estrutura social, crenças em saúde), os fatores capacitantes (fatores individuais e familiares, fatores da oferta de serviços na comunidade) e a necessidade em saúde (perceção individual do estado de saúde e estado de saúde real) como determinantes do uso dos serviços. Uma das hipóteses do modelo é que o uso de diferentes tipos de serviços pode ser explicado por diferentes tipos de fatores.

A segunda fase do modelo (década de 70) caracteriza-se pela inclusão do sistema de saúde ao nível das políticas em saúde, recursos financeiros e aspetos organizacionais, como mais um determinante do uso dos serviços, introduzindo o conceito de satisfação do consumidor. O uso dos serviços de saúde deixa, portanto, de ser o desfecho final do modelo e passa a ser um desfecho intermediário para o desfecho final da satisfação do consumidor.

Na terceira fase (décadas de 80 e 90), passaram também a ser considerados os resultados em saúde (perceção individual do estado de saúde e estado de saúde real) conjuntamente com outros resultados do uso de serviços. Foi ainda introduzida a ideia de que práticas individuais de saúde, como o exercício físico e a alimentação, são fatores que interagem com o uso dos serviços e, consequentemente, influenciam os seus resultados, apesar de não serem considerados determinantes.

Finalmente, a última fase do modelo ou modelo emergente, coloca o ênfase na natureza dinâmica da utilização dos serviços, incluindo as múltiplas influências dos determinantes no uso e, consequentemente, nos resultados em saúde, englobando as múltiplas relações de *feedback* entre os fatores predisponentes, a necessidade percebida, os comportamentos e os resultados em saúde. A presença de múltiplos determinantes

remete-nos para a complexidade existente no contexto da utilização de serviços de saúde. Contudo, a necessidade em saúde ainda é o fator mais proximal, sendo um importante preditor do uso dos serviços (Pavão & Coeli, 2008).

Este modelo tem sido aplicado na procura de tratamento para crises de pânico em adultos na comunidade (Goodwin & Andersen, 2002) e na busca de ajuda para problemas de saúde mental em refugiados (Portes, Kyle & Eaton, 1992).

Há também vários modelos que foram desenvolvidos especificamente para os comportamentos de procura de ajuda em saúde mental. A primeira abordagem conceptualiza um modelo dinâmico e explicativo dos motivos pelos quais os adolescentes e jovens não procuram ajuda. Este modelo descreve a ausência de comportamentos de procura de ajuda como um processo circular (ciclo de evitamento), influenciado por três fatores em interação: a conceptualização individual do sofrimento mental; as crenças sobre o significado da procura de ajuda para a sociedade; e a ação intencional de procurar ajuda (Gulliver et al., 2012).

Outro modelo que é também centrado nos comportamentos de procura de ajuda entre os jovens, conceptualiza a procura de ajuda profissional como um processo sequencial, iniciando-se com o desenvolvimento no indivíduo de uma tomada de consciência do problema, seguido da verbalização do problema e da necessidade de ajuda, a identificação das fontes de ajuda disponíveis e acessíveis ao indivíduo e, finalmente, a vontade do indivíduo para realmente procurar e expor-se às potenciais fontes de ajuda (Rickwood et al., 2005).

Trata-se da mesma dimensão do modelo de crenças em saúde, tendo sido provavelmente influenciado por este.

Dentre os modelos revistos, o modelo de crenças em saúde e o modelo de comportamental de Andersen foram os pioneiros. Este último incorporou o conceito das crenças em saúde como um dos determinantes do uso dos serviços e propôs ainda a discussão acerca de novos determinantes, como a necessidade e o acesso, que seriam incorporados pelos modelos subsequentes.

De seguida serão abordadas as principais barreiras e facilitadores da procura de ajuda profissional para problemas de saúde mental em adolescentes.

2. Barreiras e facilitadores na procura de ajuda profissional

As perturbações mentais, sobretudo a depressão e a ansiedade apresentam elevadas taxas de prevalência, principalmente nos países mais ricos, com as estimativas a

indicarem que poderão afetar até cerca de um quinto da sua população (King et al., 2008), com elevada prevalência na infância e adolescência, afetando cerca de 14% dos indivíduos com idade entre 4 e 17 anos (Sawier et al., 2001, citados por Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

Esta alta suscetibilidade dos adolescentes para o desenvolvimento de perturbações mentais está associada a uma forte relutância em procurar ajuda profissional (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Assim, encorajar os comportamentos apropriados de procura de ajuda é uma estratégia de intervenção essencial ao nível da prevenção e tratamento, visando reduzir a prevalência de perturbações mentais neste grupo.

Muitas razões têm sido apontadas para explicar a ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional para as perturbações mentais comuns na população em geral. Estas incluem atitudes negativas perante a procura de ajuda; preocupações sobre confidencialidade e custo; dificuldades de transporte ou inconveniência; sentimento de que se pode lidar com o problema sozinho; crenças de que o tratamento não vai ajudar; entre outras (Gulliver et al., 2010).

Tal como acontece para a população em geral, a investigação tem procurado identificar e explicar os mecanismos envolvidos na relutância dos adolescentes em procurar ajuda profissional quando esta é necessária, e a forma como barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda.

Conhecem-se diversos fatores que são considerados como potenciadores, quer do favorecer, quer do inibir ou adiar da procura de ajuda. Este conjunto de barreiras e facilitadores têm sido sobejamente identificados e relatados na literatura científica.

2.1. Barreiras

As barreiras relacionadas com as dificuldades na procura de ajuda entre os adolescentes incluem:

- Baixos níveis de LSM (Gulliver et al., 2010; Kelly et al., 2007), incluindo: sentir-se inseguro sobre onde procurar ajuda (Abram, Paskar, Washburn & Teplin, 2008); não ser capaz de distinguir entre o que é 'ansiedade normal' e 'ansiedade disfuncional' (Biddle et al., 2007); e falta de informação sobre os serviços disponíveis (Boyd et al., 2007).

- Atitudes e características pessoais, incluindo: sexo (masculino) e etnia (Rickwood et al., 2007); baixa competência emocional e atitudes negativas sobre a procura de ajuda profissional (Rickwood et al., 2005; Rickwood et al., 2007); crenças de que os problemas poderão desaparecer ou serem resolvidos sem ajuda (Abram et al., 2008; Gulliver et al.,

2010; Rickwood et al., 2005); falta de confiança na opinião profissional do médico ou de outro especialista (Jorm, Wright & Morgan, 2007b); uma cultura de resiliência, sobretudo em zonas rurais (Boyd et al., 2007); não-aceitação do problema (Biddle et al., 2007; Boyd et al., 2007); e não-aceitação do médico de clínica geral como fonte de ajuda (Jorm et al., 2007b).

-Estigma, incluindo: constrangimentos de privacidade e preocupações de confidencialidade (Abram et al., 2008; Biddle et al., 2007; Gulliver et al., 2010; Jorm et al., 2007b; Wilson, Rickwood & Deane, 2007); e auto percepção negativa (Jorm et al., 2007b).

-Barreiras práticas ou logísticas, tais como: dificuldades de transporte para aceder a ajuda profissional (Aisbett, Boyd, Francis, Newnham & Newnham, 2007); dificuldade para obter ajuda (Abram et al., 2008); falta de tempo (Wilson et al., 2007); e os custos (Abram et al., 2008; Jorm et al., 2007b; Sheffield et al., 2004).

Já mais recentemente, Rosa et al. (2014b) realizaram uma revisão de estudos realizados com populações de adolescentes, analisando, entre outros componentes da LSM, as barreiras na procura de ajuda profissional. Os resultados são claros e corroboram os resultados anteriores. Os adolescentes identificam dois tipos de barreiras: as logísticas e as pessoais ou determinantes estruturais e pessoais como são classificadas por Barker, Olukoya e Aggleton (2005).

Fatores individuais, tais como crenças pessoais, normas de género internalizadas, estratégias de *coping*, autoeficácia, resiliência, estigma percebido e preocupações de confidencialidade, interação com fatores estruturais, incluindo o sistema de saúde, acessibilidade, custo e disponibilidade de serviços e apoio social.

Neste estudo, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade e a resiliência, bem como a percepção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, surgem como as principais barreiras na procura de ajuda para os problemas de saúde mental.

É de realçar ainda que estudos com foco em populações rurais (e.g. Hernan, Philpot, Edmonds & Reddy, 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008) identificam uma alta taxa de barreiras relacionadas com o estigma, o que é consistente com a conclusão anterior de que o estigma pode afetar mais a busca de ajuda em populações rurais do que em urbanas (Aisbett et al., 2007; Boyd et al., 2007).

2.2. Facilitadores

A análise da literatura permite identificar também uma série de possíveis fatores facilitadores da procura de ajuda em populações adolescentes. Estes incluem: maior

competência emocional (Rickwood et al., 2007); literacia em saúde mental (Gulliver et al., 2010; Wilson & Deane, 2001); atitudes positivas para com a ajuda profissional (Gulliver et al., 2010; Wilson & Deane, 2001); experiências prévias positivas (Gulliver et al., 2010); encorajamento e suporte social (Timlin-Scalera, Ponterotto, Blumberg & Jackson, 2003); e a disponibilidade para estabelecer relações de confiança com os profissionais de saúde (Lindsey & Kalafat, 1998; Timlin-Scalera et al., 2003).

Em síntese, o estigma, a resiliência e a preferência por fontes de ajuda informais, bem como a dificuldade na identificação dos sintomas (baixa LSM) são as principais barreiras no acesso à ajuda profissional. Sabe-se menos sobre os fatores que os adolescentes acreditam facilitar a procura de ajuda. No entanto, há alguma evidência de que experiências positivas anteriores bem como o apoio social e o incentivo de outros poderão reduzir o estigma e favorecer a procura de ajuda nesta faixa etária.

CAPÍTULO 4

EPIDEMIOLOGIA E RELEVÂNCIA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS NA ADOLESCÊNCIA

Estudos epidemiológicos recentes mostram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral se tornaram a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo (Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM], 2013).

Neste capítulo será feita uma revisão dos principais documentos de âmbito nacional e internacional que nos permitem compreender a prevalência e o impacto direto e indireto das perturbações mentais em adolescentes.

1. Epidemiologia das perturbações mentais

O DSM-V define 'Perturbação mental' como:

“(...) síndrome caracterizado por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (American Psychiatric Association [APA], 2014; p.20).

Os estudos epidemiológicos são fundamentais para compreendermos a distribuição, frequência e determinantes das perturbações mentais em diferentes populações, bem como para a elaboração e implementação de políticas de saúde mental, na medida em que permitem obter dados que ajudam a determinar as necessidades de cuidados e fornecem informações importantes para apoiar as decisões sobre medidas de prevenção e tratamento das doenças mentais.

Graças aos crescentes progressos na capacidade de obtenção de dados que demonstram a magnitude dos problemas de saúde mental, sobretudo a partir dos anos 70, com a definição de critérios de diagnóstico e o surgimento dos sistemas de classificação CID e DSM, sabemos hoje que as perturbações mentais, para além da sua prevalência extremamente elevada, estão associados a maiores níveis de incapacidade do que a generalidade das doenças físicas crónicas e afetam uma percentagem

significativa das pessoas que não recebem os tratamentos adequados (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Sendo uma das principais causas de incapacidade, as perturbações mentais contribuem significativamente para a carga global de doença (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006) e exercem um impacto muito marcado nos sistemas sanitários, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a UE (Conferência Europeia de Alto Nível [CEAN], 2008), gerando custos elevados e causando níveis de incapacidade graves e definitivos que aumentam o consumo de serviços de saúde.

Contudo, os custos associados às perturbações mentais foram amplamente subestimados porque a forma de avaliar o seu impacto na saúde valorizava apenas os índices de mortalidade. As perturbações mentais, apesar de assumirem valores baixos de mortalidade, representam um peso significativo ao nível da incapacidade de longa duração, tendo como consequência a redução da qualidade de vida dos indivíduos (Santos & Siqueira, 2010).

Só em 1996, com a publicação do estudo “*Global Burden of Disease*”, é que as perturbações mentais foram reconhecidas como um grave problema de saúde pública. Este estudo, realizado por investigadores da Universidade de Harvard e da OMS, utilizou como medida a combinação do número de anos vividos com incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (DALY – *Disability Adjusted Life Years*) e obteve resultados que confirmam esse reconhecimento, demonstrando que as perturbações mentais contribuem com cerca de 12% para a carga global da doença, prevendo que este valor possa atingir os 15% em 2020 (Lopez & Murray, 1998).

Nesse estudo, das 10 principais causas de incapacidade, cinco estavam associadas a perturbações mentais, entre elas a depressão (13%), o abuso de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%).

Segundo a OMS e a *World Organization of Family Doctor* (WONCA), em 2002, as perturbações mentais já representavam cerca de 13% da carga global de doença a nível mundial, definida como morte prematura combinada com anos de vida ajustados pela incapacidade. Se excluída a morte prematura, as perturbações mentais representaram mesmo 31% do total de anos de vida ajustados pela incapacidade (WHO & WONCA, 2008).

Nos países europeus em que a OMS estimou a prevalência global das perturbações mentais (Portugal não foi incluído), encontraram-se valores entre os 9,1% na Alemanha e

os 20,5% na Ucrânia. Em Espanha, país geográfica e culturalmente mais próximo, a taxa de prevalência estimada foi de 9,2% (WHO & WONCA, 2008).

As perturbações depressivas surgem em lugar de destaque, tendo sido a quarta causa explicativa da carga global de doença. As previsões da OMS apontam ainda para que em 2030 a depressão se torne no fator com maior contribuição para a carga da doença nos países mais desenvolvidos (WHO & WONCA, 2008).

Em 2008, dados da União Europeia estimavam que quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população europeia) tenham tido algum tipo de perturbação mental, com a depressão, em muitos dos Estados-Membros, a constituir o problema de saúde com maior prevalência (CEAN, 2008).

A revisão do estudo de 1996 *“Global Burden of Disease”*, realizada em 2010, vem salientar que as perturbações depressivas eram já a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), sendo que este cenário se tem vindo a agravar, sobretudo desde o início da crise económica dos últimos anos (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012).

Em Portugal, o 1º relatório do estudo epidemiológico nacional de saúde mental, realizado com dados recolhidos entre outubro de 2008 e novembro de 2009, mostra que Portugal tem, em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas na Europa e que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população adulta.

Quase 23% dos portugueses tiveram uma doença mental nos 12 meses anteriores ao inquérito e a taxa de prevalência remete-nos para cerca de 43% de portugueses a sofrerem de perturbações mentais ao longo da vida. É de notar ainda que as perturbações de ansiedade e as de controlo dos impulsos atingem a pontuação mais elevada entre os nove países da Região Europa da OMS que integraram o estudo (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Os resultados colocam Portugal no topo entre os países europeus e próximo dos Estados Unidos (26,4%), destacando-se dos outros países europeus, sobretudo, no grupo das perturbações de ansiedade (Wang et al., 2011), com uma prevalência de 16,5%. Para além das perturbações de ansiedade, a depressão (7,9%), as perturbações de controlo dos impulsos (3,5%) e as perturbações relacionadas com o abuso de substâncias (1,6%) são as mais prevalentes em Portugal (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Relativamente aos resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/06, em que a frequência de indivíduos que reportaram sofrer de ansiedade ou depressão foi respetivamente de 4% e 7%, verificou-se um aumento exponencial, principalmente ao

nível das perturbações de ansiedade cuja prevalência quadruplicou num período de cerca de quatro anos (INS, 2009).

Dados do mesmo estudo revelam ainda que 33,6% de indivíduos com perturbações graves não tiveram qualquer tratamento e dos que foram acompanhados, só 38,9% ocorreram em serviços especializados de Saúde Mental (Xavier, Mateus & Caldas de Almeida, 2011).

No documento “Saúde Mental em Números – 2013”, verifica-se que a situação se está a tornar progressivamente mais grave. O relatório mostra que a saúde mental apresentou cinco patologias no *top ten* das entidades nosológicas responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial: a depressão major, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências (PNSM, 2013).

Já mais recentemente, segundo o relatório da Direção geral da Saúde (DGS) “Portugal – Saúde Mental em Números - 2015”, as perturbações mentais e do comportamento representam uma percentagem significativa no total de anos de vida saudável que os portugueses perdem, com uma taxa de 11,75% contra 13,74% das doenças cerebrovasculares e 10,38% das doenças oncológicas. Simultaneamente, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade, seguidas pelas doenças respiratórias (5,06%) e pela diabetes (4,07%) (PNSM, 2016).

A deterioração do estado de saúde da população traduzida no aumento da prevalência dos problemas de saúde mental, entre outros fatores, devido à crise económica e social que temos vindo a atravessar, traduz-se por elevados custos diretos, mas também indiretos, avaliados através do aumento do absentismo, dos encargos do Estado com benefícios fiscais para os doentes, bem como a redução da produtividade.

2. Prevalência e relevância das perturbações mentais na adolescência

À semelhança do estudo realizado para a população adulta por Caldas de Almeida e colaboradores, torna-se imperiosa a realização de um estudo epidemiológico nacional que possa fornecer dados fiáveis na área da saúde mental da infância e adolescência.

Pela inexistência de um estudo similar para a população com idade até aos 18 anos em Portugal, iremos analisar alguns dados globais.

Existe alguma evidência de que os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes têm aumentado, constituindo uma verdadeira pandemia, e que muitos terão uma continuidade na vida adulta (Santos, 2015).

Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, as perturbações mentais são o principal problema de saúde pública na Europa, e um dos principais em todo o mundo, para todos os grupos etários (Coordenação Nacional para a Saúde Mental/Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

Mais de 50% das perturbações mentais têm o seu início durante a adolescência. Os problemas de saúde mental podem ser encontrados em 10% a 20% dos adolescentes, com taxas mais altas nos grupos mais desfavorecidos da população (Feitosa, Ricou, Rego & Nunes, 2011; WHO, 2001).

No mesmo sentido, a OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos um problema de saúde mental antes de atingir os 18 anos de idade (WHO, 2003). Esta estimativa vem confirmar os dados da OMS Europa e da Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência [AACAP], que indicavam que uma em cada cinco crianças/adolescentes apresentava evidência de problemas mentais (AACAP, 1999) e destas, cerca de metade desenvolve uma perturbação psiquiátrica com reflexo na idade adulta (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]/Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011), comprometendo o processo de aprendizagem e implicando diminuição da qualidade de vida e aumento de consumo de cuidados (WHO, 2001).

Por outro lado, muitas das dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou heterodirigida, corresponderão a manifestações de um sofrimento emocional acentuado (DGS, 2015).

O programa nacional saúde escolar – 2015, baseando-se nos dados do “*Global Health Data Exchange*” que considerou a carga das doenças transmissíveis, não transmissíveis e os acidentes (intencionais e não intencionais) durante a infância e a adolescência, utilizando o DALY enquanto unidade de medida, refere que, em 2010, a maior carga de doença expressa em anos de vida perdidos, foi devida a perturbações mentais e comportamentais, com um peso de 22% entre os 5 e os 14 anos e 26% entre os 15 e os 19 anos (DGS, 2015).

Os comportamentos de risco, designadamente o consumo de substâncias psicoativas, as problemáticas da ansiedade, depressão e risco suicidário e as lesões autoinfligidas, entre outras, emergem nesta faixa etária e constituem as problemáticas com prevalência mais significativa durante a adolescência, requerendo intervenções específicas ao nível da

avaliação e do tratamento (DGS, 2015). Destas, a ansiedade e a depressão são as mais comuns (WHO, 2012).

Apesar das estimativas produzidas por entidades como a OMS, em estudos epidemiológicos internacionais, a prevalência estimada das perturbações psiquiátricas na infância e adolescência apresenta ampla variação.

Apesar de algumas limitações metodológicas dos estudos que investigam a prevalência das perturbações em diferentes culturas (e.g. instrumentos, definição das perturbações), a evidência indica taxas de prevalência entre 9% e 16% em países desenvolvidos (Feitosa et al., 2011). No entanto, alguns estudos têm mostrado taxas de prevalência mais elevadas em crianças e adolescentes que vivem em países em desenvolvimento, quando comparados aos seus pares de países desenvolvidos, provavelmente devido às baixas condições socioeconómicas e às maiores dificuldades ambientais enfrentadas pelas crianças e adolescentes que vivem em países menos desenvolvidos (Belfer & Rhode, 2005)

Um estudo realizado por Merikangas, Nakamura e Kessler (2009) fornece uma revisão da magnitude das perturbações mentais em crianças e adolescentes, baseando-se na revisão de um conjunto de pesquisas realizadas em todo o mundo. Embora existam variações substanciais nos achados, baseadas nas características metodológicas dos estudos, os resultados convergem em demonstrar que aproximadamente um quarto dos participantes sofreu de uma perturbação mental nos últimos 12 meses e cerca de um terço ao longo das suas vidas. As perturbações de ansiedade são as mais frequentes com uma taxa de prevalência média de 8%, com uma gama extremamente ampla de estimativas, variando entre 2% e 24%. As perturbações do humor, do comportamento, e de abuso de substâncias ocupam as posições seguintes, com taxas de prevalência média entre os 4% e 5%.

A variação das taxas em todo o mundo pode ser atribuída a fatores metodológicos e também a diferenças reais na magnitude dos distúrbios em crianças e adolescentes. As raparigas têm taxas mais elevadas de perturbações do humor e de ansiedade, e os rapazes têm taxas mais elevadas de perturbações comportamentais. Por outro lado, há uma proporção de género semelhante para os problemas relacionados com o abuso de substâncias. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e as perturbações de ansiedade apresentam uma maior tendência para se iniciarem na infância, enquanto o início das perturbações do humor tende mais para o final da adolescência (Merikangas et al., 2009).

Bagalman e Cornell (2016) realizaram um levantamento da prevalência das perturbações mentais nos Estados Unidos, tendo utilizado os resultados de diversos estudos, incidindo sobre diferentes populações. No que respeita aos adolescentes, a prevalência estimada de problemas de saúde mental de qualquer tipo, em 12 meses, era de 40,3%. No que respeita às perturbações mentais, a análise resultou numa prevalência de 12 meses de 8,0%, sendo na sua maioria situações leves (58,2%), ou moderadas (22,9%).

Se considerarmos que, como tem sido demonstrado em alguns estudos, distúrbios leves durante a adolescência podem predizer perturbações graves durante a idade adulta (Kessler et al., 2012), e que as perturbações mentais comuns (depressão e ansiedade) são tratáveis, e potencialmente evitáveis (Barrera, Torres & Munoz, 2007), podemos compreender a importância da promoção da LSM enquanto fator determinante para a prevenção, deteção precoce, tratamento e recuperação das perturbações mentais na adolescência (Yung et al., 2007), traduzindo-se em comportamentos adequados de procura de ajuda profissional.

Um estudo realizado em Portugal por Matos e Carvalhosa (2001) com uma amostra de 6903 adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e 16 anos, concluiu que 80,7% dos participantes apresentavam sintomas psicológicos, entre os quais: ‘sentir-se deprimido’, ‘irritabilidade ou mau temperamento’, ‘nervosismo’ e ‘dificuldade em adormecer’. As participantes do género feminino foram as que apresentaram maior prevalência dos referidos sintomas.

O atendimento de adolescentes com problemas de saúde mental apresenta características particulares que o diferenciam consideravelmente do atendimento de adultos, pois as questões relacionadas com o desenvolvimento têm um papel determinante nessa etapa do ciclo vital. Além disso, as perturbações psiquiátricas de adolescentes apresentam um grau de comorbidade significativamente maior do que é encontrado nos adultos, com importantes implicações para o processo de diagnóstico e para as abordagens terapêuticas dessa população (Rhode et al., 2000, citados por Esposito & Savoia, 2006).

Considerando a importância preventiva dos programas de saúde mental infantil e juvenil, estes dados podem servir como indicadores de um grave défice ao nível da prevenção e intervenção precoce nos problemas de saúde mental, principalmente durante a adolescência.

A evidência disponível sobre a magnitude da prevalência e impacto das doenças mentais, em conjunto com a crescente informação sobre a escandalosa dimensão do *treatment gap* destas doenças, mostram que é urgente manter e reforçar a posição da saúde mental nas prioridades da agenda de saúde pública. O subtítulo do World Health Report

(WHR), “*Mental Health – a new understanding, a new hope*” (WHO, 2001), sublinhava com clareza o reconhecimento de que só o desenvolvimento de novo conhecimento sobre a natureza, as causas e a epidemiologia das perturbações mentais, e uma nova compreensão da efetividade das intervenções e serviços de saúde mental, poderia abrir caminho a uma nova esperança em relação à diminuição do *treatment gap* das perturbações mentais. Nós acrescentaríamos que, para além disso, é fundamental reforçar a promoção da LSM, sobretudo em populações adolescentes.

CAPÍTULO 5 USO DE VINHETAS EM ESTUDOS DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

1. Vinhetas clínicas e a sua aplicação em estudos de avaliação da LSM

Vinhetas podem ser descritas como histórias sobre pessoas e situações que fazem referência a pontos importantes no estudo de percepções, crenças e atitudes (Hughes, 1998a), favorecendo a produção de medidas de opinião do entrevistado mais válidas e mais confiáveis do que as questões simples e abstratas mais típicas dos questionários de opinião (Alexander & Becker, 1978), pelo que, cada vez mais são utilizadas em diversos tipos de estudos. Por exemplo, em investigação fatorial, os valores (níveis) de dimensões são experimentalmente variáveis, de modo que o seu impacto sobre as decisões dos entrevistados pode ser estimado (Auspurg & Jäckle, 2012).

As vinhetas poderão ser geradas a partir de uma variedade de fontes, incluindo resultados de estudos anteriores, (Carlson, 1996), em colaboração com outros profissionais que trabalham no terreno (Kalafat & Gagliano, 1996), ou com base em histórias sobre casos reais (Rahaman, 1996).

Os participantes são normalmente convidados a responder ou comentar as histórias, incidindo sobre o que fariam na situação específica apresentada ou sobre a forma como o personagem da história se iria sentir ou agir numa determinada situação. Como o foco está numa terceira pessoa, as vinhetas podem ser vantajosas em estudos de investigação sobre temas sensíveis, onde o participante pode não se sentir à vontade para discutir a sua situação pessoal e pode esconder a verdade sobre as suas próprias ações ou crenças (Gourlay et al., 2014). O uso de vinhetas pode também, através da normalização da situação, incentivar os participantes a revelar as suas experiências pessoais quando se sentirem confortáveis para o fazer (Barter & Renold, 2000; Hughes, 1998b).

Em investigação podemos usar vários tipos de vinhetas. De seguida faremos uma breve abordagem aos dois tipos mais comuns: ‘vinhetas de conteúdo específico’ (*content specific vignettes*) e ‘vinhetas de ancoragem’ (*anchoring vignettes*).

As ‘vinhetas de conteúdo específico’ (Veal, 2002) são casos abertos que podem ser baseadas em experiências pessoais ou situações hipotéticas que são ocorrências comuns para os entrevistados. As vinhetas contêm uma introdução sobre o cenário, uma descrição dos participantes, uma explicação sobre o problema, uma descrição das

dimensões em interação no cenário, o diálogo entre os participantes, e o evento foco de atenção por parte do entrevistado (Veal, 2002).

As ‘vinhetas de ancoragem’ são descrições breves de situações fictícias, relacionadas com um único conceito, classificadas ou medidas numa escala do tipo Likert. Os entrevistados são questionados sobre cada situação através de itens de autoavaliação e itens hipotéticos, representando a gama de níveis possíveis da variável em estudo (King, Murray, Salomon & Tandon, 2004).

As vinhetas, sobretudo as ‘vinhetas de ancoragem’ têm sido tradicionalmente usadas no mundo desenvolvido, predominantemente em investigação quantitativa, nas áreas da psicologia e nas questões sociais e de saúde particularmente sensíveis como a saúde sexual, VIH, saúde mental, estigma, violência, e em populações vulneráveis específicas, como crianças e adolescentes (Barter & Renold, 2000; Gurlay et al., 2014; Hughes, 1998a; Reavley & Jorm, 2011; Swords, Heary & Hennessy, 2011b).

Apesar do uso generalizado das vinhetas, alguns autores (e.g. Barter & Renold, 2000; Hughes, 1998b), usando os resultados da sua própria investigação e recorrendo também a outros estudos realizados no mundo desenvolvido, têm refletido criticamente sobre esta metodologia, concluindo que a técnica pode ser uma ferramenta de investigação importante e valiosa, apesar de existirem algumas discussões em torno do seu uso, sobretudo em que medida a resposta às vinhetas espelha a realidade social.

No mesmo sentido, Caro et al. (2012) consideram que o uso de vinhetas é limitado em algumas áreas por causa do ceticismo dos investigadores sobre a validade dos estudos baseados em comportamento hipotético, como preditores de comportamento real. Um número limitado de estudos (e.g. Peabody, Luck, Glassman, Dresselhaus & Lee, 2000; Telser & Zweifel, 2007) tem examinado de forma sistemática, em que medida os comportamentos ou situações hipotéticas relatadas nas vinhetas são comparáveis ao comportamento real. Os resultados tendem a suportar a validade dos dados gerados através do uso de vinhetas.

Desde a conceção e definição do conceito de LSM temos assistido ao desenvolvimento dos métodos utilizados para a sua avaliação, com ênfase particular nos últimos anos.

Na abordagem inicial da LSM, Jorm e os seus colaboradores usaram um instrumento baseado em vinhetas clínicas e descreveram o uso do método para avaliar a capacidade de os indivíduos reconhecerem as perturbações ou os problemas de saúde mental, utilizando-o no inquérito nacional levado a cabo em 1995 e publicado em 1997 (Jorm et al., 1997).

Desde então, esta abordagem de avaliação da LSM tem sido amplamente adotada em diversos estudos (Burns & Rapee, 2006; Chen et al., 2000; Hernan et al., 2010; Kelly & Jorm, 2007; Kelly, Jorm & Rodgers, 2005; Leighton, 2009; Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b; McCann & Klarck, 2010; Olson & Kennedy, 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008; Swords, Hennessy & Heary, 2011a) e desenvolvida de forma a incluir questões sobre outras dimensões importantes do conceito. Estas incluem: intenção de procurar ajuda; crença e intenção sobre a primeira ajuda; crença sobre formas de intervenção e prevenção (Jorm, 2000).

Considerando que as questões relacionadas com a saúde/doença mental e o estigma são particularmente sensíveis, mas também a vulnerabilidade específica dos adolescentes, o instrumento a desenvolver e validar nesta investigação irá utilizar a vinheta como estímulo principal para a avaliação da LSM.

CAPÍTULO 6

TEORIAS E MODELOS DE ENFERMAGEM

Como apresentado em capítulo anterior deste relatório, a OMS define saúde mental como “um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe a sua própria capacidade, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva, e é capaz de trazer uma contribuição para a sua comunidade” (WHO, 2001).

O bem-estar, enquanto conceito intrínseco ao próprio conceito de saúde mental, assume uma particular relevância ao longo da vida. Contudo, ele está permanentemente a ser posto em causa, sobretudo em momentos críticos de ‘transição’ como é o caso da adolescência.

Durante muito tempo, a adolescência foi considerada como um período de risco, onde os problemas relacionados com o bem-estar assumiam uma relevância extrema, sobretudo se as etapas desenvolvimentais não fossem atingidas. No entanto, hoje, a adolescência pode também ser considerada como um período de oportunidades para atingir a estabilidade e o bem-estar emocional. Por esta razão, é fundamental que as intervenções ao nível desta faixa etária considerem esta perspetiva do potencial do adolescente, optando cada vez mais por estratégias de prevenção e promoção do bem-estar e da saúde mental, como complemento às abordagens terapêuticas.

A educação para a saúde constitui uma área fundamental para a promoção da literacia como conceito fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença mental, bem como para o desenvolvimento de competências fundamentais para o empoderamento dos indivíduos (Nutbeam, 2000).

Desde os anos 50 do século passado, a enfermagem tem procurado produzir teorias no sentido de clarificar o objeto de estudo e de ação dos enfermeiros (Petronilho, 2009). De facto, a importância do estudo dos paradigmas e dos modelos conceptuais de enfermagem desde Florence Nightingale, tem sido fundamental para a condução da profissão e para o entendimento da natureza dos cuidados prestados.

Partindo dos pressupostos anteriores de que a adolescência é uma fase de transição e que a educação para a saúde assume um papel particularmente relevante na dimensão educacional dos adolescentes; considerando que a enfermagem, enquanto ciência e profissão, fundamenta a sua prática num vasto leque de conhecimentos, onde se incluem os modelos e teorias de enfermagem, que além da orientação teórica, são essenciais na

sistematização da prática; e ainda, ao ponderar o papel do enfermeiro enquanto terapeuta/formador no âmbito da promoção da saúde mental dos adolescentes, iremos de seguida analisar duas abordagens teóricas que, para além de sustentarem estes pressupostos, constituem uma base sobre a qual assentam os objetivos, definições e práticas de enfermagem:

- A teoria de Afaf Meleis - que propõe como conceito central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida;
- O modelo de promoção da saúde de Nola Pender - assente na conceção de educação para a saúde, e baseado na educação das pessoas sobre “como cuidar-se e levar uma vida saudável”.

1. Contributos da teoria de Afaf Melais

Para o enfermeiro, cuidar o adolescente, implica compreender o processo de vivência da ou das transições a que este se encontra sujeito. Os vários eventos que permeiam a vida das pessoas exigem respostas para que estas possam alcançar o equilíbrio e ultrapassar os momentos de instabilidade, as mudanças de autoestima, as mudanças de desempenho de papéis, a ansiedade, a depressão e a insegurança (Zagonel, 1999). A teoria de Afaf Melais constitui um importante suporte teórico neste processo complexo e relevante para a prática de enfermagem.

O termo transição provém do latim *“transitiōne”* que significa mudança, passar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (Abreu, 2008), e refere-se ao processo e resultados das complexas interações pessoa-ambiente.

De um modo geral a literatura utiliza a palavra ‘transição’ como referência a um processo de mudança nos estadios de desenvolvimento de vida, ou alterações de saúde, ou, em circunstâncias sociais, em vez da resposta das pessoas à mudança (Santos et al., 2015).

Ao longo da vida existem fases de mudança marcadas por alterações de um estado para outro. Nessas fases, os momentos de instabilidade são precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade (Meleis, 2013, citada por Santos et al., 2015). Nos processos de mudança, as transições passam por estabilidade - instabilidade e estabilidade, como um fenómeno interligado de movimento e fluxo, caraterizado pela entrada, passagem e saída (Zagonel, 1999).

Para Meleis, ‘transição’ é a passagem de um estado, condição ou lugar para outro, podendo significar mudança na situação de saúde, no ambiente e nos papéis relacionais, bem como nas expetativas ou habilidades.

As transições estão intrinsecamente ligadas ao tempo e ao movimento, implicando uma mudança do estado de saúde, das relações, das expectativas ou das habilidades, exigindo, que a pessoa se envolva no processo de resolução do acontecimento e incorpore um novo conhecimento de modo a alterar o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social (Schumacher & Meleis, 2010).

Reportando-nos à teoria de Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010; Schumacher & Meleis, 2010), podemos identificar a existência de três construtos basilares: (i) a 'natureza da transição' que considera os diferentes tipos de transição, os padrões e as suas propriedades universais; (ii) as 'condições de transição' que são as condições inibidoras ou facilitadoras da transição, tanto ao nível da pessoa como da comunidade e da sociedade; e (iii) os 'padrões de resposta' que são indicadores de transição saudáveis, de processo e resultado.

No primeiro domínio, relativamente ao tipo de transições, elas podem ser 'desenvolvimentais', 'situacionais', 'de saúde-doença' e 'organizacionais'.

As 'transições desenvolvimentais' compreendem períodos transitórios associados a processos de maturação, envolvendo todo o ciclo vital. Nesse tipo de transição encontra-se, por exemplo, a adolescência. As 'transições situacionais' consistem na ocorrência de eventos, esperados ou não, que causam alterações e implicam uma adaptação à nova situação e uma mudança de papéis nos vários contextos em que o indivíduo está envolvido. Nesse tipo de transição encontra-se, por exemplo, o internamento hospitalar. As 'transições de saúde-doença' estabelecem-se quando há passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, incluindo as mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação do indivíduo e destabilizam o seu quotidiano, gerando sentimentos de inadequação face à nova situação. As 'transições organizacionais' estão relacionadas com as mudanças na estrutura e na dinâmica das organizações, mas também com o contexto social, político e económico (Meleis et al., 2010; Schumacher & Meleis, 2010).

No que diz respeito aos 'padrões das transições', eles podem ser únicos, múltiplos, sequenciais, simultâneos e relacionais ou não relacionais (Loureiro, 2013a).

Por fim, referindo-se às experiências de transição em geral, Chick e Meleis (1986) consideram que, apesar de se identificarem diferentes tipos de transições, é visível a existência de alguns aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais denominam como 'propriedades universais das transições'. Estas propriedades incluem as transições como processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo e movimento e também a natureza da

mudança que permeia a vida dos indivíduos e famílias, durante a transição (Schumacher & Meleis, 1994, citadas por Zagonel, 1999).

As propriedades universais das transições implicam: (i) a consciencialização da mudança (consciencialização da pessoa sobre a experiência que se encontra a vivenciar); (ii) o ajustamento (grau de envolvimento da pessoa nos processos inerentes à transição); (iii) mudança e diferença (distinção entre os conceitos de transição e mudança já que uma transição envolve sempre uma mudança e o inverso não se verifica); (iv) eventos e acontecimentos críticos (a maioria das transições encontra-se relacionada com acontecimentos marcantes na vida da pessoa); e (v) período da experiência (movimentação e fluxo ao longo do tempo que deve ser acompanhado pelos enfermeiros no sentido da obtenção de ganhos em saúde) (Melais et al., 2010).

Então, as transições são processos que ocorrem devido a eventos significativos, que se podem prolongar ao longo do tempo e seguir um determinado padrão, envolvem desenvolvimento, fluxo e movimento e têm repercussões a nível da identidade, papéis sociais e padrões de comportamento (Abreu, 2008; Meleis et al., 2010).

Neste domínio é fundamental que os enfermeiros tenham em conta o tipo e os padrões das transições significativas na vida de um indivíduo ou de uma família. Importa saber se o indivíduo está a viver uma ou múltiplas transições e se estas são simultâneas ou sequenciais. As propriedades da experiência de transição requerem também a atenção e a compreensão dos enfermeiros (Loureiro, 2013a).

No segundo domínio englobam-se os fatores que influenciam o decurso de uma dada experiência. Estes foram definidos como 'condições de transição' facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: 'pessoais', 'comunitárias' e 'sociais'.

Nas 'condições pessoais' podem ser identificados os significados atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição ou, por outro lado, o sentido atribuído ao próprio processo de transição; as atitudes e crenças culturais; o *status* socioeconómico; a preparação; e o conhecimento (Meleis et al., 2010).

As 'condições comunitárias' assumem e definem os recursos que uma comunidade garante para facilitar a transição (e.g. suporte social e familiar, as informações obtidas junto de profissionais de saúde, etc.), ou para a inibir (e.g. suporte inadequado, insuficiência de recursos, a falta de planeamento, conselhos negativos, a informação insuficiente ou contraditória, etc.) (Schumacher & Meleis, 2010).

Por fim, as 'condições sociais' como a marginalização, o estigma, a definição de papéis sociais, entre outros fatores, constituem os principais condicionantes inibidores no contexto social (Meleis et al., 2010).

Ao nível das 'condições de transição', é fundamental que os enfermeiros detenham um conhecimento profundo sobre o ambiente social e comunitário, pois só assim poderão desenvolver intervenções terapêuticas adequadas e ajustadas à pessoa enquanto elemento de um grupo e de uma comunidade.

Todavia, a compreensão do processo de transição e a valorização da experiência vivida pela pessoa, necessita também de atender à existência de alguns 'padrões de resposta' que suportam a avaliação dos enfermeiros. Meleis et al. (2010) denominaram-nos como 'indicadores de processo' e 'indicadores de resultados'.

A identificação dos 'indicadores de processo' permite ao enfermeiro avaliar como a pessoa está a vivenciar o seu processo de transição e, conseqüentemente, delinear uma intervenção direcionada à obtenção de resultados positivos em saúde. Os 'indicadores de resultados' abrangem essencialmente a mestria, que corresponde ao desenvolvimento de competências e de comportamentos necessários para lidar com as novas situações, e a integração fluida da identidade, que corresponde ao desenvolvimento de uma nova identidade resultante de uma mudança positiva (Loureiro, 2013a).

Em síntese, a teoria de Meleis dá ênfase ao cuidado transicional no sentido da vivência da transição como um acontecimento positivo de desenvolvimento e maturidade pessoal.

O cuidado transicional não é algo visível ou palpável, logo, não é redutível a uma simples definição, ele surge da consciencialização do enfermeiro sobre o processo de compreensão da pessoa enquanto vivencia o processo transicional. Assim, os cuidados de enfermagem centram-se na pessoa, concretamente na compreensão acerca do conhecimento que ela tem e do significado que atribui à vivência experienciada, o que permite ao enfermeiro identificar os indicadores de processo e realizar uma avaliação correta da situação. O objetivo é implementar intervenções direcionadas às necessidades identificadas, contribuindo assim para indicadores de resultado positivos para a pessoa.

A teoria de Meleis impõe-se como um contributo importante para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina de enfermagem, tendo em vista que a sua utilização como método permite reflexões diversas sobre as teorias, no intuito de que as mesmas sejam revalidadas para subsidiar uma maior aplicabilidade teórico-prática (Neto, Marques, Fernandes & Nóbrega, 2016).

1.1. O adolescente e a vivência das transições

As transições são um conceito de interesse em enfermagem (Zagonel, 1999), recaindo sobre o domínio desta ciência quando estão relacionadas com a saúde/doença ou

quando as respostas a processos de transição de outra ordem se manifestam nos comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986).

Os enfermeiros lidam com pessoas que se encontram a antecipar, a experienciar ou a completar processos de transição pelo que, facilitar estes processos, é o foco central da enfermagem.

A adolescência, fase da vida em que já não se é criança, mas ainda não se é adulto, constitui um período crítico de adaptação a uma nova realidade caracterizada pela imponderabilidade da mudança do corpo, mas também pela presença de sentimentos de inadaptação, associados à inabilidade para se mover nos jogos sociais dos adultos. Este período, associado aos processos de maturação, configura uma transição desenvolvimental na qual o adolescente passa a viver uma experiência nova, definindo os rumos do comportamento que o tempo amadurecerá através da vivência dos novos desafios.

Do ponto de vista psicológico, o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades, demonstrando períodos de elevação e de introversão, alternando entre audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas, intelectualizações e postulações filosóficas (Souza & Resende, 2012). Podemos, pois, afirmar que o adolescente experiencia uma verdadeira 'patologia normal', no sentido em que exterioriza os seus conflitos de acordo com a sua estrutura e as suas experiências, constituindo uma síndrome normal da adolescência. No entanto, não se pode ignorar que as dificuldades psicológicas próprias da adolescência podem ser particularmente desestabilizadoras, evoluindo para perturbações psiquiátricas, podendo configurar uma transição de saúde-doença (Meleis et al., 2010).

Desta forma, o adolescente poderá ver-se confrontado com a vivência simultânea de dois processos de transição (a adolescência e a doença), tornando-se um indivíduo vulnerável (Meleis et al., 2010). Por essa razão, nesta fase do desenvolvimento, a doença assume uma dimensão particular que torna a gestão do processo de adoecer neste grupo etário, uma tarefa mais difícil para pais, educadores e profissionais de saúde.

Neste campo, os enfermeiros, habilitados a assistir as pessoas nos seus processos de transição, têm como desafio compreender o adolescente e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva com vista a proporcionar bem-estar e estabilidade emocional. A adaptação às mudanças decorrentes dos processos de doença exige do adolescente e da família novas formas de organização e o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades e as incertezas existentes.

Meleis, citada por Abreu (2008), considera que os enfermeiros, ao cuidarem de pessoas em processos de transição, devem refletir e escolher quadros teóricos, tendo em vista a tomada de decisão de natureza clínica e a concretização de intervenções de enfermagem específicas. Deste modo, considerando o processo de transição desenvolvimental que os adolescentes experienciam e a necessidade de promover a LSM e prevenir o surgimento de problemas de saúde mental, considera-se fundamental a adoção de estratégias que promovam a tomada de consciência e o empoderamento dos adolescentes, devendo ser alicerçadas num modelo teórico de enfermagem direcionado para a promoção da saúde.

2. Contributos do modelo de promoção da saúde de Nola Pender

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) propõe a promoção da saúde como fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida e defende a capacitação da comunidade neste processo, salientando que a promoção da saúde é uma responsabilidade de todos e não exclusiva dos sistemas de saúde.

Como resultado das discussões posteriores, ocorridas nas conferências internacionais de promoção da saúde (Ottawa, 1986 a Helsínquia, 2013), as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas. Desde então, a promoção da saúde passou a ser uma atividade transversal a todos os profissionais de saúde, sendo crescente a participação dos enfermeiros no seu planeamento e implementação, apesar de serem tímidas as propostas de estudos de eixos norteadores para a promoção da saúde, especialmente, na adoção de modelos e teorias que fundamentem essas experiências (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas (Victor et al., 2005).

Dentre os modelos e teorias de enfermagem que sustentam intervenções no âmbito da promoção da saúde, Polit e Hungler (1995) destacam o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. O modelo foi desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 80, constituindo um referencial de enfermagem que permite dar respostas à forma como as pessoas tomam decisões sobre a sua própria saúde (Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011).

O MPS expõe os aspetos relevantes envolvidos na modificação do comportamento dos seres humanos, as suas atitudes e motivações para as ações que promovem a saúde, e pretende ilustrar a natureza multifacetada da interação das pessoas com o meio ambiente na procura do estado de saúde desejado. Enfatiza a relação entre as

caraterísticas pessoais e as experiências, os conhecimentos, as crenças e os aspetos situacionais relacionados com os comportamentos de saúde que se pretendem alcançar (Hoyos et al., 2011).

Pender propõe um modelo inspirado na teoria da aprendizagem social de Albert Bandura (1977) e no modelo de valorização das expetativas da motivação humana de Feather (1982).

O primeiro modelo postula sobre a importância do processo cognitivo na modificação do comportamento, ou seja, a existência de uma interação entre pensamentos, comportamento e meio ambiente, o que implica que, para alterar o modo como as pessoas se comportam, elas devem alterar a forma como pensam. O segundo defende que os indivíduos se envolvem em ações para alcançar objetivos que são percebidos como possíveis e que resultam em resultados tangíveis (Pender, 2011).

O modelo identifica fatores de fundo que influenciam os comportamentos de saúde. No entanto, o foco central do modelo é constituído por um conjunto de crenças que podem ser avaliadas pelos enfermeiros e que constituem pontos críticos para a intervenção de enfermagem.

Utilizando o modelo e trabalhando em colaboração com a pessoa, o enfermeiro pode ajudá-la na mudança de comportamentos para alcançar um estilo de vida mais saudável (Pender, 2011).

O MPS explica a forma como as caraterísticas e experiências individuais, bem como os conhecimentos e afetos associados ao comportamento específico, levam o indivíduo a participar ou não em comportamentos de saúde. Esta perspetiva é apresentada no diagrama do MPS (Figura 1).

Nas colunas do diagrama podem ser observados os três componentes do modelo proposto por Pender (2011): 'caraterísticas e experiências individuais'; 'sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar'; e 'resultados do comportamento'.

O primeiro componente integra dois conceitos: (i) 'comportamento anterior' (a ser mudado) - refere-se a experiências anteriores que podem ter efeitos diretos e indiretos na probabilidade da pessoa se envolver em comportamentos de promoção da saúde; (ii) 'fatores pessoais', podendo estes ser biológicos (e.g. idade, índice de massa corporal, agilidade); psicológicos (e.g. autoestima, auto motivação); e socioculturais (e.g. educação, nível socioeconómico), que, de acordo com esta abordagem, são preditivos de

um determinado comportamento, e estão marcados pela natureza dos comportamentos alvo (Hoyos et al., 2011; Silva & Santos, 2010).

Os componentes da segunda coluna são os centrais no modelo e relacionam-se com os afetos (sentimentos, emoções e crenças) específicos do comportamento.

Esta componente integra seis conceitos: (i) 'Percepção de benefícios para a ação' – corresponde às representações mentais ou resultados positivos antecipados que reforçam as consequências de adotar um comportamento de saúde; (ii) 'percepção de barreiras para a ação' – refere-se às avaliações negativas da própria pessoa que podem dificultar um compromisso com a ação, a mediação do comportamento e o comportamento real (e.g. negatividade, dificuldades e custos pessoais); (iii) 'percepção de autoeficácia' – alude ao julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações e representa a percepção de competência de si mesmo para se comprometer com uma determinada ação que conduz ao desempenho real do comportamento; (iv) 'sentimentos em relação ao comportamento' - reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo ou negativo; (v) 'influências interpessoais' - o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, como a família ou os profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais, sendo mais provável que ocorram mudanças quando elas são esperadas e apoiadas pelas pessoas consideradas importantes; (vi) 'influências situacionais' - o ambiente pode facilitar ou impedir o compromisso com determinados comportamentos promotores de saúde (Hoyos et al., 2011; Pender, 2011; Silva & Santos, 2010).

Os diversos conceitos enunciados relacionam-se de forma a influenciar o compromisso com um plano de ação e o resultado final desejado, ou seja, a adoção de comportamentos promotores de saúde. Este conceito encontra-se localizado na terceira coluna e corresponde ao terceiro componente do modelo que corresponde aos 'resultados do comportamento'.

Este componente integra três conceitos: (i) 'compromisso com o plano de ação' - ações que possibilitem a manutenção do comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem; (ii) 'exigências imediatas e preferências' - baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controle sobre as ações de mudança de comportamento; (iii) 'comportamento de promoção da saúde' - resultado da implementação do MPS (Silva & Santos, 2010).

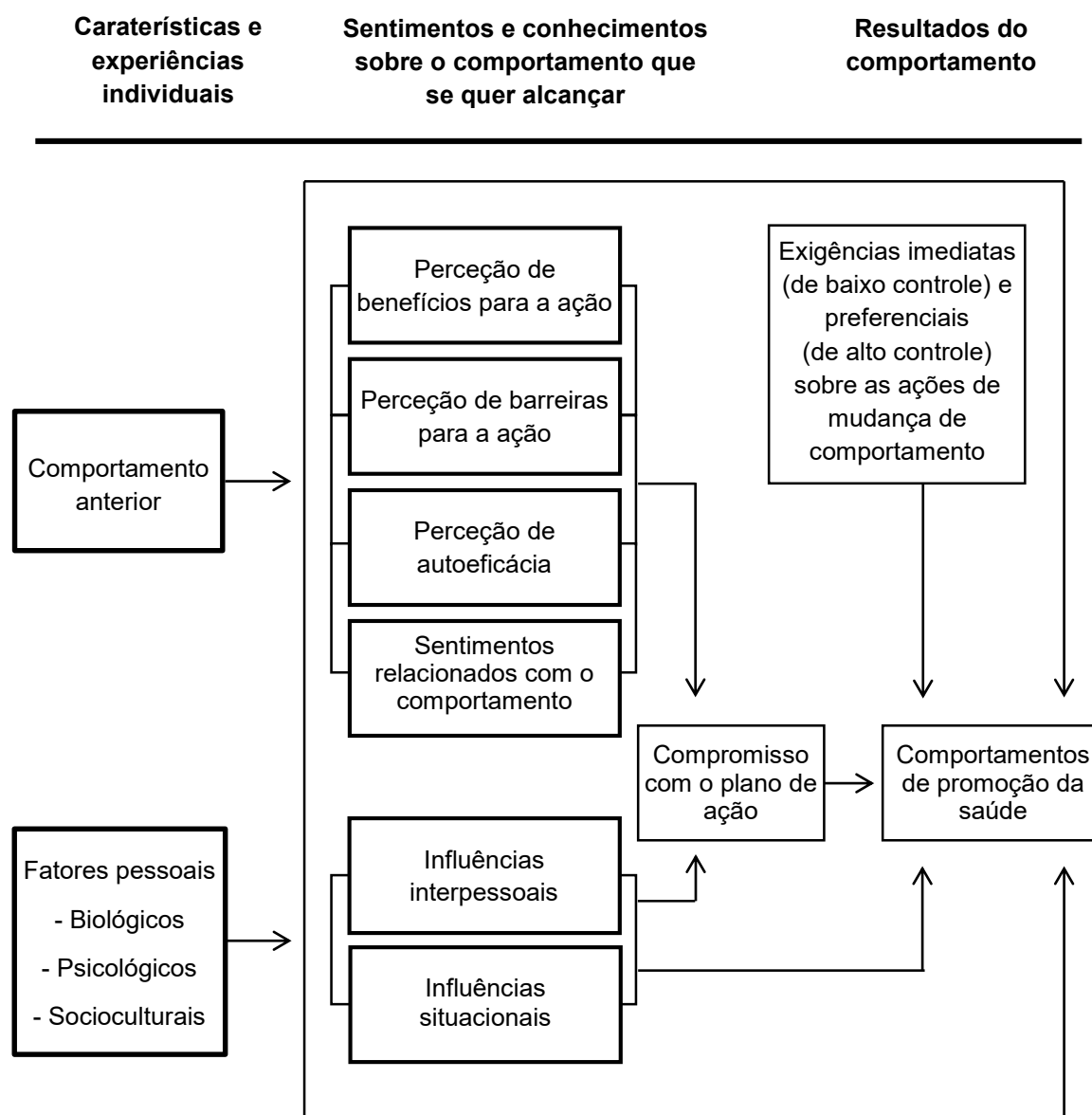


Figura 1. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Pender

Fonte: Hoyos et al. (2011, p. 18)

Em síntese, o MPS é, fundamentalmente, um modelo de enfermagem, que surge como proposta de integrar as ciências do comportamento nas teorias de enfermagem, procurando identificar os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. O modelo, ao estudar a inter-relação entre as caraterísticas e experiências individuais, os sentimentos sobre o que se quer alcançar e o comportamento de promoção de saúde desejável, pode ser usado para fundamentar a conceção e a implementação de ações de promoção da saúde voltadas para o

desenvolvimento de competências que mantenham ou melhorem os indicadores de bem-estar da pessoa.

Assim, a promoção da saúde é uma atividade fundamental nas diferentes áreas de atuação dos enfermeiros. Esta consideração consubstancia a relevância dada à Educação para a Saúde como intervenção chave nas estratégias de promoção da LSM em adolescentes.

PARTE II

PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO

CAPÍTULO 1 DESENHO DO ESTUDO

1. Introdução

Iniciamos a segunda parte da investigação com a concretização do desenho do estudo e sua operacionalização, tendo em conta a problemática em questão e a multiplicidade de dimensões relacionadas.

Os objetivos e os métodos associados às diversas etapas implementadas para a construção da *Mental Health Literacy Scale* serão apresentados de seguida. Contudo, antes de nos debruçarmos sobre o desenvolvimento do estudo, será importante clarificar melhor a motivação para a sua realização.

Se considerarmos que é na adolescência que a prevalência as perturbações mentais atinge um dos seus picos mais significativos e que os adolescentes são o grupo que menos uso faz dos serviços de saúde, mesmo em situações graves de doença mental que necessitem de apoio e ajuda especializada, a utilização de instrumentos de medida fidedignos e eficazes para avaliar a LSM nos seus diversos componentes, pode contribuir para que se alcance uma melhor compreensão dos fatores envolvidos, sobretudo ao nível da capacidade de reconhecimento dos problemas e dos comportamentos de procura e oferta de ajuda, permitindo definir e implementar estratégias específicas de promoção da LSM e, assim, contribuir para a deteção precoce e intervenção atempada.

Partindo deste pressuposto, a motivação para a realização deste estudo resulta da conjugação de diversos fatores: (i) em Portugal não existem instrumentos específicos para avaliar a LSM em adolescentes, criados de raiz com esse objetivo, e adaptados à nossa especificidade cultural; (ii) os instrumentos que existem a nível internacional e que têm sido utilizados nos escassos estudos realizados em Portugal, após serem sujeitos a processos de adaptação e validação para a nossa população (e.g. QuALiSMental, Loureiro, 2015; Loureiro et al., 2012a), não são específicos para adolescentes; (iii) pela sua dimensão, estes instrumentos são difíceis de utilizar, dificultando a adesão aos estudos e comprometendo a sua validade; e (iv) muitos dos atributos avaliados não têm uma relevância significativa para o foco principal da intervenção de enfermagem, ou seja, a promoção dos comportamentos adequados de procura e oferta de ajuda e da capacidade de reconhecimento das perturbações.

Assim, pelo exposto, consideramos importante a construção de um instrumento robusto, fiável, de utilização fácil, e que avalie os componentes mais importantes da LSM, incidindo sobre as perturbações mais frequentemente observadas em adolescentes, permitindo ao enfermeiro avaliar necessidades em cuidados de saúde e delinear intervenções dirigidas à promoção da saúde mental dos adolescentes.

2. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, no qual as técnicas de investigação e análise do fenómeno podem ser definidas como de natureza qualitativa e quantitativa. Este tipo de pesquisa investiga os métodos de obtenção, organização e análise de dados, encarregando-se da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (Polit & Hungler, 1995).

Utilizou-se uma abordagem mista com metodologias qualitativas (*focus group* e painéis de peritos) para desenvolvimento do instrumento e metodologias quantitativas para avaliação das suas propriedades psicométricas. Os dois métodos de análise são úteis porque se dirigem para diferentes tipos de questões. Tashakkori e Teddlie (1998) referem que as técnicas quantitativas e qualitativas poderão ser usadas sequencialmente ou paralelamente, assumindo um estatuto igual ou diferente em função dos objetivos e questões de investigação, sendo usadas na mesma fase ou em fases distintas de um mesmo estudo.

Dada a necessidade de obtermos respostas a indicadores precisos que sustentem as intervenções de enfermagem, sobretudo ao nível da promoção da LSM e do investimento em competências no domínio da saúde mental, decidimos considerar unicamente alguns dos componentes do conceito: ‘reconhecimento das perturbações’; ‘comportamentos de procura de ajuda, recursos, barreiras e facilitadores’; ‘crenças e intenções para prestar a primeira ajuda’, e associámos uma subescala que avalia um componente fundamental, relacionado com a ‘importância dos estilos de vida e comportamentos de saúde’ como fator determinante de saúde mental, também ele associado ao conceito de LSM, na sua definição mais recente: “*public’s knowledge of how to prevent mental disorders*” (Jorm, 2012).

Considerando que um dos problemas principais da utilização de escalas de autopreenchimento diz respeito à desejabilidade social inerente aos dados recolhidos (Prieto-Úrsua, 2006), ou seja, a tendência para assinalar respostas de acordo com o que é mais aceitável ou socialmente expectável, sobretudo quando são abordadas questões sensíveis como a saúde/doença mental e o estigma, ou quando se usam populações com

vulnerabilidades específicas, como é o caso dos adolescentes, neste estudo optou-se então pela utilização de vinhetas clínicas como estímulo para as questões relacionadas com três das cinco subescalas. Esta estratégia, ao retirar o foco do participante para o centrar noutra pessoa, permite que as respostas se aproximem mais do que seria o seu comportamento em situações reais, o que se torna muito vantajoso.

3. Objetivos

Este estudo tem os seguintes objetivos:

- Construir um instrumento de avaliação da LSM em adolescentes;
- Verificar a sua estrutura interna por meio da análise fatorial;
- Realizar o estudo de precisão através da verificação da sua consistência interna;
- Buscar evidência de poder discriminativo de grupos, relacionado com algumas variáveis sociodemográficas.

Para operacionalizar a descrição dos procedimentos que foram executados de forma a atingir os objetivos definidos, a presente investigação desenvolve-se em três estudos que integram cinco etapas que passamos a explicitar de forma sumária, sendo cada uma delas explicada de forma mais pormenorizada à medida que forem sendo apresentados os diferentes estudos.

3.1. Delimitação dos objetivos específicos de cada etapa

Na primeira etapa foi feita uma revisão dos estudos realizados com amostras de adolescentes sobre reconhecimento das perturbações e procura de ajuda em saúde mental, visando sistematizar o conhecimento atual sobre LSM neste grupo específico. Com esta medida pretendemos recolher os contributos teóricos acerca do tema e conhecer as metodologias utilizadas para a sua avaliação, nomeadamente no que respeita às características dos instrumentos utilizados, bem como os resultados produzidos, de modo a podermos avançar para as etapas seguintes.

Esta etapa corresponde ao 'Estudo I' cujos métodos e resultados apresentamos em capítulo subsequente deste relatório.

A segunda etapa teve como objetivo construir e validar o conteúdo das vinhetas clínicas utilizadas nas três escalas que compõem o instrumento. Nesta etapa, as vinhetas construídas foram sujeitas a um processo de validação, sendo submetidas à consulta de peritos através da realização de um painel Delphi.

A terceira etapa compreendeu o pré-teste das vinhetas e a exploração dos componentes da LSM em estudo, de forma a construir os itens integrantes do instrumento. Para o cumprimento desta etapa realizaram-se três *focus group* de adolescentes. Esta etapa corresponde ao 'Estudo II'.

A quarta etapa consistiu na construção e pré-teste do instrumento. Tendo por base os resultados da exploração das dimensões da LSM realizada na etapa anterior; a síntese dos resultados do 'Estudo I', sobretudo no capítulo das competências para prestar a primeira ajuda; e uma revisão de literatura sobre estilos de vida e comportamentos de saúde, foram construídas as três escalas que, posteriormente, foram sujeitas ao processo de verificação das propriedades psicométricas. Para o pré-teste formaram-se dois painéis de adolescentes (N=15), estudantes do ensino secundário público, com frequência do 10º e 11º ano, que permitiram testar sequencialmente duas versões do instrumento.

A quinta e última etapa teve como objetivo a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento em termos de validade e fidelidade. Após a identificação dos itens, a construção do instrumento e consequente aplicação, foi necessário realizar a sua análise técnica. Esta etapa corresponde ao 'Estudo III'.

Na figura 2 podemos observar a representação esquemática das cinco etapas do estudo, explicitadas de acordo com uma estrutura organizadora que considera as diferentes abordagens metodológicas utilizadas e o facto de os resultados de cada etapa terem implicações para a etapa seguinte e para a análise final.

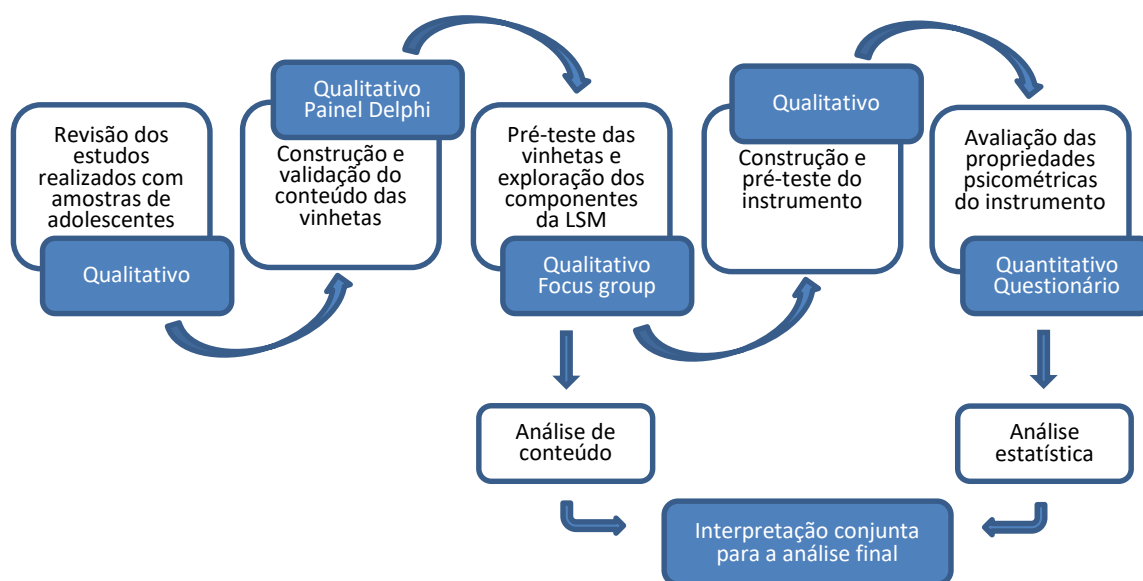


Figura 2. Representação esquemática das etapas do estudo

CAPÍTULO 2

ESTUDO I - RECONHECIMENTO E PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL:
REVISÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM AMOSTRAS DE ADOLESCENTES

1. Introdução

O termo 'doença mental' ou perturbação mental engloba um amplo espectro de condições que afetam a mente com diversos níveis de intensidade, caracterizando-se pela presença de síndromes específicos que, sem intervenção, tendem a seguir um curso previsível.

As perturbações mentais surgem frequentemente durante a adolescência, no entanto, nas situações mais frequentes (depressão, ansiedade e abuso de substâncias), a maioria dos adolescentes não recebe a ajuda adequada, enquanto para as perturbações psicóticas mais graves, a ajuda é recebida com muito atraso (Kelly et al., 2007).

A doença mental tem um impacto devastador sobre os adolescentes e jovens, sobre as suas famílias e o meio social. O estigma, a falta de um diagnóstico correto e opções de tratamento inapropriadas ou insuficientes constituem uma combinação desastrosa que, com frequência, resulta no envolvimento em comportamentos criminais e outros comportamentos de risco (Wacker, 2009), podendo comprometer não só o desenvolvimento psicossocial e a saúde atual e futura do indivíduo, mas também hipotecar todo o curso da sua vida (Ferreira & Torgal, 2011).

Como temos vindo a apresentar, os níveis de LSM são baixos independentemente da população considerada e este fator é determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda. As pessoas têm dificuldade em reconhecer as perturbações mentais e os fatores causais, são relutantes em procurar ajuda profissional e aceitar a efetividade do tratamento, e não sabem como ajudar os outros (Jorm, 2000; Jorm et al., 2007b). Desta forma, a promoção da LSM, sobretudo nos adolescentes, é fundamental para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Mediante o exposto, para avançar com segurança na construção do instrumento, efetuou-se uma revisão dos estudos realizados com amostras de adolescentes, para sistematizar o conhecimento atual sobre LSM neste grupo específico, com foco nos componentes *'reconhecimento do problema'*; *'comportamentos de procura de ajuda'*; *'competências para prestar a primeira ajuda'*; e *'barreiras e facilitadores dos comportamentos de procura de ajuda'* para os problemas de saúde mental mais comuns (depressão, ansiedade e

abuso de álcool), mas também para identificar as metodologias utilizadas para a sua avaliação.

Este capítulo ocupa-se com a descrição dos métodos, resultados e conclusões desse estudo que se encontra publicado como capítulo da monografia “Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir”, coordenada pelo Professor Luís Loureiro, orientador desta tese, e editada pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em 2014, e cuja referência se apresenta de seguida:

Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77-91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Foi realizada a análise de onze estudos resultantes da pesquisa em bases de dados.

2. Metodologia

Partindo da questão de investigação formulada ‘Qual o nível de LSM dos adolescentes nos componentes do reconhecimento da doença, comportamentos de procura e oferta de ajuda?’, definimos o protocolo de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, os descritores e os parâmetros imprescindíveis para a seleção dos estudos.

As pesquisas foram efetuadas durante o mês de janeiro de 2012 utilizando as bases de dados: *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*; *MEDLINE; (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*; *RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)*; e o portal *B-ON (Biblioteca do Conhecimento online)*. Utilizou-se como complemento a consulta da bibliografia dos artigos incluídos na revisão. Utilizámos os descritores ‘Mental Health Literacy’, ‘Adolescent*’ e os equivalentes em português.

A seleção dos artigos seguiu 6 critérios de inclusão: (1) artigos científicos relacionados com a LSM nos componentes do reconhecimento da doença e/ou procura e oferta de ajuda e/ou recursos de ajuda disponíveis e/ou barreiras na procura de ajuda; (2) amostras/populações de adolescentes (incluíram-se os artigos com especificação da faixa etária ‘11-18 anos’; média de idades inferior a 16 anos; na ausência dos critérios anteriores, as amostras eram especificamente designadas como ‘adolescentes’; (3) estudos focalizados nas perturbações da ansiedade, depressão e abuso de substâncias;

(4) publicações em português e inglês; (5) estudos publicados no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2011; (6) disponíveis *online* em texto integral. Foram excluídos os artigos que não cumpriam os critérios de inclusão.

A Figura 3 representa o diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo. Dos 286 artigos resultantes da pesquisa combinada, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtivemos 11 artigos relevantes que analisaremos de seguida.

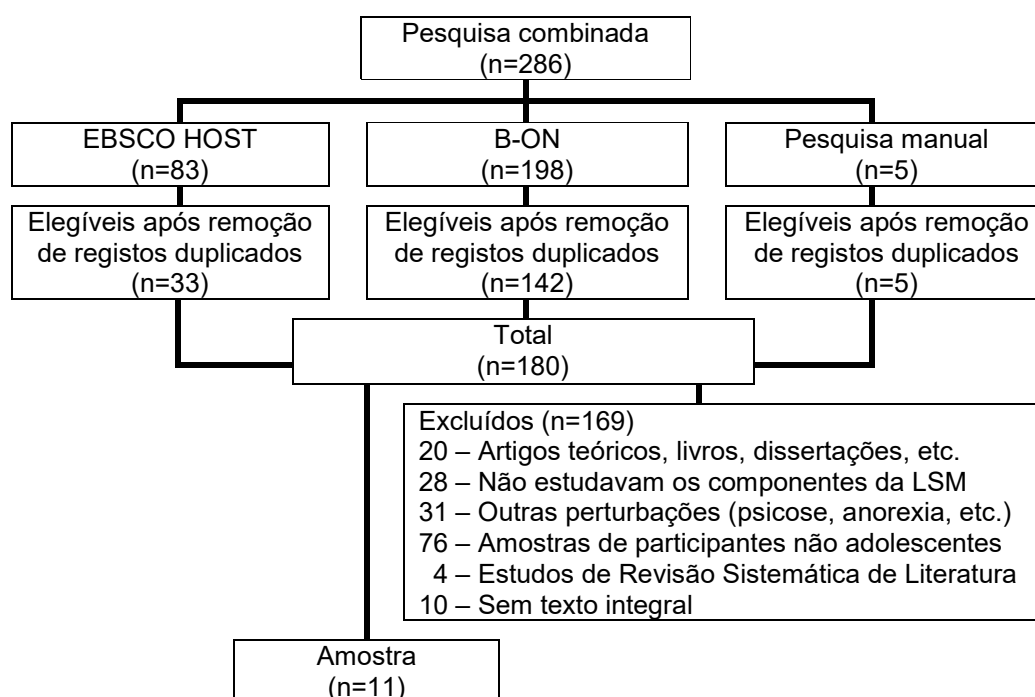


Figura 3. Diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo

3. Resultados

Os onze estudos incluídos (tabelas 1 e 2) foram codificados de acordo com os seguintes parâmetros: autores; ano de publicação; país (local de estudo); idade dos participantes (faixa etária ou média); tamanho da amostra; género (masculino, feminino, ambos); perfil de risco (estado de saúde mental); configuração (*e.g.* escola, comunidade, nível socioeconómico); tipo de pesquisa (qualitativa, quantitativa); componentes da LSM estudados; e metodologia.

Tabela 1. Codificação dos estudos incluídos na revisão (n=11)

Autor	Loc.	Idade	N	Componentes/ Variáveis	Perfil risco	Config.	Tipo	Metodologia
Swords, Hennessy & Heary (2011)	Irlanda	12-16	393	Procura de ajuda; Perceção de necessidade de ajuda; recursos sugeridos; Capacidade para distinguir vinhetas com e sem sintomas.	Saudável	Escolas secund. públicas 1º e 2º Nível	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; ausência de sintomatologia. Amostra estratificada Resultados em função da idade.
Olsson & Kennedy (2010)	USA	14 anos \bar{x}	281 131-M 150-F	Reconhecimento; procura de ajuda. Identificação da situação; qual a melhor ajuda; como reagiriam se tivessem um colega de turma com o problema apresentado; em que situações recomendariam aconselhamento escolar.	Saudável	Escolas secund. Públicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; ansiedade (fobia social); situações de respostas normais ou típicas a eventos stressantes na vida de um adolescente.
Hernan et al. (2010)	Austrália	14-16	74 33-M 41-F	Reconhecimento; procura de ajuda. Capacidade para reconhecer a depressão; barreiras na procura de ajuda profissional; potenciais fontes de ajuda.	Saudável	Escolas secund. Públicas. Meio rural	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão. Reconhecimento da situação; utilidade de cada uma das diferentes fontes de ajuda; barreiras na procura de ajuda profissional.
Leighton (2009)	UK	12-15 8º, 9º 10º Ano	208 96-M 104-F 8-Des.	Reconhecimento. Confusão conceptual que possa pôr em causa o reconhecimento das situações e a procura de ajuda.	Saudável	Escolas secund. públicas. Classe social mista	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Psicose; Respostas emocionais relacionadas com perda.
Scott & Chur-Hansen (2008)	Austrália	Adol. 10º Ano	9 2-M 7-F	Reconhecimento; comportamentos de procura e aceitação de ajuda. Uso do SMS; Subcultura EMO.	Saudável	Escola secund. Pública. Meio rural	Qualitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Esquizofrenia. Entrevistas semiestruturadas. Análise de conteúdo.
Kelly & Jorm (2007)	Austrália	12-17	1123 51%-M 49%-F	Intenção de oferecer ajuda aos pares a experienciar problemas de saúde mental. Associação com presença de sintomas e características psicossociais.	Saudável	Escolas secund. públicas, católicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Problemas de comportamento.

Tabela 2. Codificação dos estudos incluídos na revisão (continuação)

Autor	Loc.	Idade	N	Componentes/ Variáveis	Perfil Risco	Config.	Tipo	Metodologia
Burns & Rapee (2006)	Austrália	15-17	202 122-M 80-F	Reconhecimento; procura de ajuda: Depressão e estados emocionais negativos. Nível de preocupação em cada situação; pistas que sugerem dificuldades emocionais; tempo de recuperação necessário e quem está em melhores condições de ajudar.	Saudável	Escolas privadas Classe média-alta Anglo-saxónicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas. Foi utilizado um questionário desenvolvido propositadamente para este estudo (<i>Friend in Need Questionnaire</i>).
Zachrisson, Rödje & Mykletun (2006)	Noruega	15-16 10º Ano	11154	Procura de ajuda em situações de ansiedade e depressão. Relação com a intensidade da presença de sintomas. Associação entre os problemas de saúde mental e a procura de diferentes tipos de serviços de saúde.	Presença de sintomas de depressão e ansiedade (últimos 12 meses)	Escolas secundárias	Quantitativo	Avaliação do estado mental (ansiedade, depressão) - <i>Hopkins Symptom Check List (HSCL-10)</i> . Os comportamentos de procura de ajuda e o uso dos diferentes serviços de saúde foram avaliados por resposta a uma lista de opções com resposta dicotómica, "sim"/"não".
Essau (2005)	Alemanha	12-17	1035	Procura de ajuda: Avaliação da frequência e padrões de utilização dos serviços de saúde mental e dos fatores associados ao seu uso.	Antecedentes de depressão/ansiedade	Escolas secundárias	Qualitativo	A avaliação da presença de depressão ou ansiedade e as outras variáveis foi realizada usando a <i>Computer- Assisted Personal Interview (CAPI)</i> . Amostra aleatória.
Kelly, Jorm & Rodgers (2005)	Austrália	Adol. 8º-10º Ano	1137 51%-M 49%-F	Capacidade para dar respostas de ajuda aos pares.	Saudável	Escolas secund. públicas e privadas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; alterações de comportamento.
Sheffield, Fiorenza & Sofronoff (2004)	Austrália	15-17	254 124-M 130-F	Procura de ajuda. Vontade e iniciativa para procurar ajuda adequada e fatores que a influenciam; diferenciação dos comportamentos em função da presença de perturbação mental ou problemas emocionais, pessoais e comportamentais.	Saudável	Escolas secundárias públicas Classe média-alta	Quantitativo	Questionário. Verificação da relação entre variáveis demográficas e psicológicas, atitudes para com a doença mental e vontade e iniciativa para procurar ajuda.

3.1. Reconhecimento das perturbações mentais comuns

Seis estudos analisam fatores relacionados com a capacidade de reconhecimento.

Uma análise temática dos 6 artigos foi conduzida através da recolha e codificação dos dados em 5 categorias (classificação, diferenciação, experiência, compreensão e género), a partir da terminologia utilizada na literatura analisada.

Na categoria 'classificação' analisamos a capacidade para classificar as perturbações mentais. Verifica-se uma capacidade mista por parte dos adolescentes para reconhecer e classificar as perturbações mentais comuns e identificar os seus sintomas chave. Relativamente à depressão, há estudos em que os resultados foram bons: 89% (Scott e Chur-Hansen, 2008); 73% (Hernan *et al.*, 2010) e outros em que foram modestos: 33,8% (Burns & Rapee, 2006); 42,4% (Olsson & Kennedy, 2010); 44,7% (Leighton, 2009). De um modo geral, a depressão é mais facilmente identificada na presença de sintomas graves e preocupantes como ideação suicida (Burns & Rapee, 2006).

Apenas dois estudos estudaram a ansiedade (Leighton, 2009; Olsson & Kennedy, 2010). Em ambos, os níveis de reconhecimento são baixos (inferiores a 30%).

Nenhum dos estudos incidiu sobre as perturbações por abuso de substâncias.

Na categoria 'diferenciação' avaliou-se a capacidade para diferenciar as perturbações (depressão e ansiedade) de estados emocionais negativos e respostas normais a eventos stressantes. Dois estudos analisaram esta variável verificando-se que mesmo com baixa capacidade de reconhecimento, de um modo geral, os adolescentes foram capazes de diferenciar entre depressão e outros estados emocionais negativos como tristeza e luto, em termos de severidade e expectativa de recuperação (Burns & Rapee, 2006), bem como entre ansiedade, depressão e outras respostas a eventos stressantes. Só cerca de 6% dos adolescentes consideraram as respostas a eventos stressantes como 'doença mental' ou 'problemas de saúde mental' (Olsson & Kennedy, 2010).

Na categoria 'experiência' avalia-se o efeito do contacto com pessoas com perturbação mental e a experiência prévia de doença, na capacidade de reconhecimento. Os dois estudos que analisam estas variáveis apresentam resultados de algum modo contraditórios. No estudo de Scott e Chur-Hansen (2008) verificou-se que a experiência prévia com situações de doença mental melhora a capacidade de reconhecimento das perturbações. Contudo, no estudo realizado por Zachrisson *et al.* (2006) que utilizou uma amostra de adolescentes com antecedentes psiquiátricos, verificou-se que estes têm uma capacidade limitada para reconhecer a sua angústia como ansiedade ou depressão.

Relativamente à categoria 'compreensão', explora-se a capacidade de compreender os diversos conceitos associados à saúde e doença mental e a possível 'confusão conceptual' como fator inibidor da capacidade de reconhecimento das perturbações. Um estudo explora esta questão concluindo que existe uma escassa clareza semântica e conceptual sobre o que se entende por 'saúde mental'; 'problemas de saúde mental'; 'perturbação mental'; e 'doença mental', o que põe em causa o reconhecimento adequado, promovendo a discussão sobre as falhas que por essa razão poderão existir na procura de ajuda e suporte adequados (Leighton, 2009).

Na categoria 'género' avalia-se a capacidade de reconhecimento das perturbações mentais em função do género. Quatro estudos analisam esta variável (Burns & Rapee, 2006; Hernan et al., 2010; Leighton, 2009; Scott & Chur-Hansen, 2008). Em todos se verificou que os melhores níveis de reconhecimento estão associados de forma significativa ao género feminino, ainda que em alguns, essa diferença seja mais significativa que noutros.

3.2. Comportamentos de procura de ajuda

Os estudos mostram uma clara preferência dos adolescentes pelas ajudas informais, evidenciando maior intenção de procurar ajuda na família e nos amigos do que em fontes formais (médico, psiquiatra, psicólogo) tanto para as perturbações específicas como para problemas emocionais, pessoais e comportamentais (Sheffield et al., 2004); a importância da família e dos amigos como suporte social (Scott & Chur-Hansen, 2008) ou como principal resposta de ajuda a eventos stressantes (Olsson & Kennedy, 2010).

No estudo realizado por Hernan et al. (2010) foram estudados três tipos de respostas de ajuda (formais, informais e externas) verificando-se médias significativamente mais elevadas nas respostas informais (família e pares). Contudo, relativamente à ajuda profissional ela é considerada útil, ainda que uma proporção significativamente maior de participantes considere ser menos útil consultar o médico do que outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, Swords et al. (2011a) verificaram que o médico é a ajuda menos referida para a depressão e que, independentemente da idade dos adolescentes, a família e os professores são percebidos como fontes de ajuda importantes para as situações de perturbação mental e que a idade determina a compreensão da necessidade de ajuda, a diferenciação do tipo de ajuda em função da gravidade do problema e o número de respostas de ajuda sugeridas.

Analisando a influência de algumas variáveis psicossociais na intenção de procurar ajuda e no tipo de fontes a utilizar, um dos estudos conclui que os adolescentes com melhor funcionamento adaptativo, maior sofrimento psicológico e melhor suporte social mostram maior vontade de procurar ajuda independentemente do tipo de fontes, e que o melhor suporte social é preditor da intenção de procurar ajuda em fontes informais (Sheffield et al., 2004).

Num contexto diferente, um estudo realizado com uma amostra de participantes com experiência prévia de doença verificou existirem níveis muito baixos de utilização de fontes de ajuda formais tanto para a ansiedade como para a depressão. Só uma minoria dos adolescentes (18,2% - Ansiedade; 23% - Depressão) recebeu tratamento. Destes, a grande maioria em ambulatório e pelo psicólogo escolar (Essau, 2005).

Outra investigação realizada com adolescentes com experiência prévia de doença analisa os comportamentos de procura de ajuda relacionados com a carga e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão (Zachrisson et al., 2006). Verificou-se que só uma minoria dos adolescentes procurou ajuda (6,9% e 35% nas situações mais graves) e que a presença de maior carga e intensidade de sintomas fez aumentar os comportamentos de procura de ajuda para todos os tipos de serviço, incluindo os que não têm competência específica na área da saúde mental. No mesmo sentido, também uma melhor capacidade de reconhecimento das perturbações se traduz por uma intenção 3 a 4 vezes superior de procurar ajuda, como por exemplo, envolver adultos (Olsson & Kennedy, 2010).

Três estudos dão ênfase à importância das novas tecnologias (internet, SMS) e dos programas escolares nos comportamentos de procura de ajuda, pondo em evidência a importância da internet (Essau, 2005; Scott & Chur-Hansen, 2008); dos programas escolares como fonte importante de informação e promoção da LSM (Scott & Chur-Hansen, 2008); da utilização de linhas telefónicas de ajuda (Essau, 2005; Olsson & Kennedy, 2010); e da utilização do SMS nos meios rurais, como forma menos confrontacional de comunicar e de pedir ajuda (Scott & Chur-Hansen, 2008).

3.3. Competência para prestar a primeira ajuda

Três estudos identificaram fatores relacionados com esta componente. Burns e Rapee (2006) verificaram níveis de preocupação diferentes em função da gravidade das situações. Os adolescentes mostraram estar mais preocupados com os pares com depressão do que com outros estados emocionais negativos. As raparigas mostraram maior preocupação que os rapazes.

Cerca de 90% dos participantes identificaram a necessidade de ajuda nas situações de depressão e recomendaram a procura de aconselhamento (55,7%); amigos (41,8%); família (40,8%); ajuda profissional (9,9%); psiquiatra (4,2%).

Kelly et al. (2005) avaliaram a suscetibilidade dos adolescentes para dar respostas de ajuda a um colega com depressão ou com problemas graves de comportamento. Verificaram que mais de metade dos participantes não iriam além de suporte social e encaminhamento passivo, podendo ser entendidos como apoiantes à distância, logo, não envolvidos verdadeiramente na ajuda aos pares. Só cerca de um quarto encaminhariam para a procura de ajuda de um adulto, envolvendo a ajuda profissional. Cerca de um quinto dos participantes envolveriam os pares no consumo de substâncias podendo ser classificados como ajudantes ineficazes.

O estudo realizado por Kelly e Jorm (2007) mostra que mais de metade dos participantes (58,8%) ofereceriam unicamente suporte social e não envolveriam adultos, e cerca de um quarto ofereceriam respostas não eficazes como o envolvimento no consumo de substâncias. Só cerca de 20% envolveriam um adulto e ajuda profissional. Este estudo mostra ainda que cerca de metade dos participantes tem confiança na sua capacidade de ajuda e que cerca de 40% sentem-se inseguros, estando as dificuldades mais relacionadas com baixa competência social, género masculino e maior desejo de distância social.

3.4. Barreiras no acesso à ajuda profissional

Quatro estudos analisam as barreiras no acesso à ajuda profissional. Dois incidem sobre populações rurais e identificam barreiras como pouca ajuda profissional disponível ou insegurança relativamente à mesma (Olsson & Kennedy, 2010); barreiras pessoais (e.g. resiliência, confidencialidade) e logísticas (e.g. custo, acessibilidade) (Hernan et al., 2010). Neste estudo, os participantes identificaram mais barreiras pessoais do que logísticas para consultar o médico. As raparigas referiram mais barreiras que os rapazes, principalmente pessoais.

Os outros dois estudos realizados com populações urbanas identificaram barreiras como a pressão para se conformar e não ser visto com 'diferente', medo do julgamento social (fraqueza percebida), e preocupações de confidencialidade (Scott & Chur-Hansen, 2008); resiliência e questões de confidencialidade como barreiras no acesso às fontes informais (conselheiro escolar) (Sheffield et al., 2004); resiliência, confidencialidade, custos e acessibilidade como barreiras no acesso às fontes formais (Médico, Psicólogo e Psiquiatra) (Sheffield et al., 2004).

4. Discussão

De seguida serão discutidos os resultados mais proeminentes, colocando-os no contexto de revisões e estudos prévios relacionados.

Reconhecimento das perturbações mentais comuns

Dos resultados do nosso estudo sobressai a baixa capacidade para reconhecer as perturbações mentais (depressão e ansiedade), bem como para identificar os seus sintomas chave, estando os melhores níveis de reconhecimento associados ao género feminino. Estes resultados são consistentes com as conclusões de estudos anteriores sobre reconhecimento das perturbações psiquiátricas (Wright et al., 2005), podendo refletir o estigma associado à doença mental. Verifica-se que existem vários fatores a influenciar a procura de ajuda e que as diferenças de género são significativas, com os jovens do sexo masculino a evidenciarem menor competência de reconhecimento dos sintomas associados à doença mental (Cotton et al., 2006).

Porque é que o género tem um impacto sobre a LSM na componente do reconhecimento, é uma pergunta difícil de responder integralmente. Contudo, os investigadores têm apontado para os processos sociais como as expectativas sobre os papéis de género e as práticas de socialização. As raparigas podem ser encorajadas a ser emocionalmente expressivas, empáticas e orientadas para o relacionamento, enquanto os rapazes podem ser menos incentivados a identificar e expressar as suas experiências emocionais. Às raparigas pode também ser permitida maior liberdade para expressar vulnerabilidades, incluindo a tristeza e o medo, ao passo que os rapazes poderão estar mais sujeitos a serem objeto de mensagens explícitas e implícitas relativas à vergonha de mostrar essas mesmas vulnerabilidades (Burns & Rapee, 2006; Rickwood et al., 2005). Também é possível que os melhores níveis de LSM resultem de uma maior experiência pessoal com a depressão. Na adolescência tardia, a incidência de depressão no sexo feminino é cerca do dobro do sexo masculino (Burns & Rapee, 2006). Assim, tanto as experiências prévias como o contacto com pessoas com problemas psiquiátricos poderão melhorar a capacidade de reconhecimento. Estes resultados vêm confirmar as conclusões de outros estudos anteriores (Lauber et al., 2003).

Outro resultado emergente desta revisão relaciona-se com a compreensão dos conceitos associados à saúde e doença mental. Uma possível 'confusão conceptual' poderá inibir a capacidade de reconhecimento das perturbações e os consequentes comportamentos de procura de ajuda. Vários autores (e.g. Armstrong, Hill & Secker, 2000; Burns & Rapee,

2006) identificam este problema, considerando que uma confusão conceptual é prevalente entre os adolescentes. Burns e Rapee (2006) vão além da identificação do problema e recomendam a clarificação dos conceitos como um dos componentes cruciais para a promoção da LSM.

Comportamentos de procura de ajuda

Os estudos identificam dois tipos de fontes de ajuda utilizadas, as formais (profissionais) e as informais (e.g. amigos, família). Os adolescentes a experienciar problemas de saúde mental deveriam aceder a profissionais e serviços preparados para dar respostas ajustadas e eficazes. Porém, a realidade é outra. Os adolescentes, principalmente as raparigas, desvalorizam as ajudas profissionais mostrando maior intenção de procurar ajuda junto do grupo de pares e noutras fontes informais como a família e os professores. Estes resultados relacionam-se de forma consistente com estudos anteriores (e.g. Cotton et al., 2006) que revelam que as fontes de ajuda informais foram preferidas às fontes formais em todas as idades, e em ambos os géneros.

A literatura sugere ainda que as raparigas são mais capazes de identificar, expressar e partilhar emoções, estão mais envolvidas em redes sociais e têm usos funcionais diferenciados para as ajudas informais (Rickwood & Braithwaite, 1994).

Dois dos estudos analisados (Essau, 2005; Zachrisson et al., 2006) utilizaram populações com experiência prévia de doença e verificaram que a carga e intensidade dos sintomas não diferenciam de forma significativa a procura de ajudas profissionais e que, apesar de algum incremento na procura de ajudas formais, os níveis mantêm-se baixos tanto para a ansiedade como para a depressão.

Um dado muito relevante e que está de acordo com as conclusões de outros estudos (Jorm et al., 2007b) resulta da desvalorização do papel do médico, relativamente a outros profissionais de saúde, ainda que todos sejam considerados úteis. Este resultado está em claro contraste com o que acontece nos adultos relativamente à importância do médico no tratamento da depressão. Por exemplo, num estudo realizado com adultos, 44% dos respondentes acreditam que consultar um médico pode ser útil (Jorm et al., 1997). Ao contrário, o estudo de Burns e Rapee, (2006) realizado com adolescentes, encontra valores da ordem dos 2%. Este dado é muito importante porque nos permite perceber que os resultados da LSM nos adultos não poderão ser generalizados para os adolescentes.

Deste estudo sobressai também a importância das novas tecnologias e dos programas escolares como veículos de promoção da LSM, e as linhas telefónicas de ajuda como

fontes de ajuda formal. Investigação sobre comportamentos de procura de informação sobre saúde mental em adolescentes reconhece que a internet pode oferecer um acesso conveniente e confidencial à informação (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg & Cantrill, 2005), verificando-se boa aceitação dos adolescentes no acesso a informações sobre saúde mental em *sites* on-line (Oh, Jorm & Wright, 2009).

Os programas escolares de sensibilização para a saúde mental têm-se mostrado eficazes na mudança de opinião dos jovens sobre as questões de saúde mental e procura de ajuda (Pinfold et al., 2003). Além disso, a informação transmitida às crianças nos programas de sensibilização realizados na escola tem o potencial de se infiltrar na comunidade de forma mais ampla.

Competência para prestar a primeira ajuda

Nesta componente, o estudo evidencia dados importantes como a diferenciação da preocupação com os pares em função da gravidade dos sintomas presentes, sendo esta diferenciação muito condicionada pelo género. As raparigas evidenciam maior preocupação com os pares e maior intenção de envolvimento de adultos (Kelly et al., 2005).

Em alguns estudos verificou-se que a maioria dos adolescentes mostram insegurança e baixa confiança na sua capacidade de ajuda, limitando-se a dar apoio social e a fazer encaminhamento passivo, com baixa intenção de envolver adultos ou ajudas profissionais.

Dois estudos (Kelly & Jorm, 2007; Kelly et al., 2005) identificaram a existência de uma intenção de envolver os pares no consumo de substâncias, como forma de resposta ao sofrimento psicológico.

Barreiras no acesso à ajuda profissional

Os estudos identificam dois tipos de barreiras: as logísticas (e.g. custo, acessibilidade) e as pessoais (e.g. estigma, resiliência, confidencialidade).

Neste estudo, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade e a resiliência, bem como a perceção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, surgem como as principais barreiras na procura de ajuda para problemas de saúde mental.

O estigma assume um papel fundamental sobretudo em populações rurais. Os dois estudos com foco em populações rurais (Hernan et al., 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008)

identificam uma alta taxa de barreiras relacionadas com estigma o que é consistente com a conclusão anterior de que o estigma pode afetar mais a busca de ajuda em populações rurais do que em urbanas (Boyd et al., 2007).

Instrumentos

Outro aspeto importante na base da realização desta revisão de estudos está relacionado com a recolha de contributos teóricos acerca da temática de forma a conhecer as metodologias utilizadas para a sua avaliação, nomeadamente no que respeita às características dos instrumentos utilizados.

Em oito dos onze estudos foram utilizados instrumentos de avaliação da LSM ancorados em vinhetas clínicas. Os restantes três estudos utilizaram outro tipo de instrumentos com perguntas específicas e opções de resposta múltipla ou dicotómica.

O uso de vinhetas pode ser considerado uma mais-valia para a avaliação do conhecimento e crenças dos adolescentes acerca de alguns componentes do conceito de LSM. Ao utilizar esta estratégia, as respostas dos participantes tendem a aproximar-se do que seria o seu comportamento em situações reais, contrariamente ao que acontece quando são usadas situações hipotéticas mais simples (FeldmanHall et al., 2012). Por outro lado, o uso de vinhetas permite retirar o foco do participante para o centrar noutra pessoa, o que se pode tornar muito vantajoso, sobretudo em estudos sobre temas sensíveis (Gourlay et al., 2014). O uso de vinhetas pode também, através da normalização da situação, incentivar os participantes a revelar as suas experiências pessoais quando se sentirem confortáveis para o fazer (Barter & Renold, 2000; Hughes, 1998b).

Assim, considerando que as questões relacionadas com a saúde/doença mental e o estigma são particularmente sensíveis, mas também a vulnerabilidade específica dos adolescentes, o instrumento que pretendemos construir e validar irá utilizar vinhetas clínicas como estímulo principal para ancorar as questões relativas a três das cinco subescalas.

5. Conclusões

Este estudo tornou evidente que, em populações adolescentes, à exceção da depressão, há uma escassez de investigação em LSM. Os resultados permitem-nos concluir que os adolescentes demonstram dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas-chave, traduzindo-se, na

prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família.

Para além das dificuldades de reconhecimento, fatores como a desvalorização do papel do médico, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade, o custo e a resiliência, bem como a perceção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, constituem barreiras no acesso à ajuda profissional. Estas dificuldades resultam também numa baixa confiança dos adolescentes na sua capacidade para ajudar os pares e encaminhar para ajudas profissionais, verificando-se em algumas situações, o envolvimento dos pares em comportamentos de risco como o consumo de substâncias, enquanto forma de resposta ao sofrimento psicológico. Contudo, as novas tecnologias, nomeadamente o SMS e a internet, bem como as linhas telefónicas de ajuda e os programas escolares de sensibilização, enquanto meios de promoção da LSM, têm contribuído de forma significativa para a mudança de opinião dos adolescentes sobre as questões de saúde mental e procura de ajuda, minimizando as consequências negativas.

Os resultados sugerem uma série de dificuldades que requerem propostas específicas. Primeiro, a preparação de programas para promover a LSM, em particular, para aumentar os conhecimentos sobre os próprios sintomas. Segundo, melhorar a clareza semântica e conceptual, promovendo uma melhor compreensão dos conceitos associados à saúde mental. Terceiro, melhorar a saúde mental entre os adolescentes, tendo em conta a sua propensão para a resiliência e o desejo de autossuficiência. Uma abordagem final envolve a oferta de programas para minimizar os constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. No entanto, barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda. É necessária investigação mais avançada sobre estes fatores e como eles operam em cada nível do processo de procura de ajuda.

CAPÍTULO 3

DESENVOLVIMENTO DAS VINHETAS CLÍNICAS

Nesta etapa do trabalho foram construídas e validadas três vinhetas clínicas das perturbações psiquiátricas pré-definidos (depressão, ansiedade e abuso de álcool), tendo por base os critérios DSM IV-TR (APA, 2002) e CID-10 (WHO, 1992).

Vinhetas são descrições, geralmente narrativas, curtas e compactas de uma situação (real ou fictícia), concebidas de modo a avaliar as perceções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre um fenómeno que se pretende estudar; para isso, solicita-se aos respondentes para se posicionarem perante a situação apresentada (Galante, Aranha, Beraldo & Pelá, 2003). As vinhetas construídas para este estudo descrevem as histórias do José e da Inês (depressão); do Tiago e da Susana (ansiedade); e do Pedro e da Francisca (abuso de álcool).

1. Construção e validação do conteúdo das vinhetas clínicas

As vinhetas do José e da Inês (depressão) e do Pedro e da Francisca (abuso de álcool) foram adaptadas a partir da versão original do *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version* (Jorm, 2000; Jorm et al., 1997) e do QuALiSMental (Loureiro, 2015; Loureiro et al., 2012a). A vinheta da Susana e do Tiago (ansiedade) foi construída de raiz para este estudo.

As vinhetas foram posteriormente sujeitas a um processo de validação de conteúdo visando avaliar o grau com que representam os problemas em causa (Wynd, Schmidt & Schaefer, 2003). Optámos pelo método Delphi, cujo objetivo é chegar a consenso, através de um processo grupal e interativo, acerca de um assunto complexo (Sousa, Lima Basto & Mendonça, 2005).

Esta técnica de investigação qualitativa tem um conjunto de premissas que devem ser cumpridas durante todo o processo: o anonimato entre os respondentes; o envio do questionário (ou instrumento de avaliação) para cada um dos peritos, sem que haja interação entre si; o feedback (os resultados de cada ronda são devolvidos ao grupo para validação das respostas e preparação da ronda seguinte); a representação estatística da distribuição dos resultados dados pelo grupo; a interação (comunicação entre o investigador e grupo de peritos, tendo por base as respostas dadas e a expertise de cada

um; e a seleção das pessoas a integrar o grupo como um aspeto fundamental para o sucesso da técnica (Silva, Rodrigues, Silva & Witt, 2009; Sousa et al., 2005).

Como refere Justo (2005), em áreas de investigação com uma forte componente social como a saúde, a heterogeneidade é preferível à homogeneidade, na composição do painel. A multidisciplinaridade permite obter consensos preditivos mais válidos do que aqueles que seriam obtidos se o painel fosse constituído por peritos da mesma especialidade.

A seleção dos peritos, pela heterogeneidade das diferentes áreas de ação profissional a envolver no estudo, constituiu a justificação principal da escolha desta técnica.

Recorreu-se, então, a um painel constituído por sete peritos sendo dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros especialistas de psiquiatria, um psicólogo e dois professores do ensino secundário. Tratou-se de uma amostra intencional (Turato, 2003), acedida na lógica de casos ricos em informação e composta por especialistas reconhecidos pela sua atuação nas áreas da Psiquiatria/Saúde Mental (Medicina; Enfermagem; e Psicologia), mas também na área da educação (atendendo à população-alvo do instrumento) e, portanto, capazes de contribuir criticamente para a validação do conteúdo das vinhetas clínicas. Salvaguardou-se o anonimato dos participantes durante todo o processo.

Foi enviado por correio eletrónico um instrumento de avaliação a ser utilizado pelos especialistas durante a validação (Anexo I), contendo as três vinhetas na sua versão inicial, bem como os critérios e as definições a serem consideradas para a sua avaliação.

Cada vinheta foi avaliada de acordo com três critérios: clareza do conteúdo (ortografia, coesão e coerência do texto e qualidades formais); adequação à amostra (adequação do conteúdo do texto à população alvo); adequação ao domínio (especificidade e adequação da descrição contida na vinheta relativamente à perturbação retratada).

As pontuações geradas pelo painel de peritos foram avaliadas segundo a taxa de concordância, um score que descreve a pontuação média recebida por cada conteúdo avaliado pelos especialistas (Wynd et al., 2003). No nosso estudo utilizámos uma escala de cinco pontos e considerámos aceitáveis os conteúdos pontuados com “3”, “4” e “5”. Realizaram-se duas rondas sucessivas até obtenção de consenso, considerando-se para tal, uma pontuação igual ou superior a 28 pontos em cada critério, o que corresponde a uma pontuação média de quatro pontos. Após a primeira ronda realizou-se o *feedback* ao grupo para validação das respostas e preparação da ronda seguinte. Foram também solicitados comentários e sugestões, sendo as vinhetas refinadas de acordo com as alterações propostas.

De seguida apresentamos a versão final das três vinhetas clínicas.

Depressão: José e Inês

“O/A José/Inês tem 17 anos e há algum tempo que anda um pouco “abatido/a”. Nas últimas semanas tem-se sentido excecionalmente triste. Sente-se sempre muito cansado/a, mas, mesmo assim, tem dificuldades em adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso.

Ele/Ela não consegue concentrar-se nos estudos e as suas notas têm vindo a piorar progressivamente. Tem dificuldades em tomar decisões e até as pequenas tarefas diárias parecem-lhe difíceis de realizar. A situação chamou a atenção de pais e amigos que estão muito preocupados com ele/ela”.

Ansiedade: Tiago e Susana

“O/A Tiago/Susana tem 15 anos e iniciou recentemente o secundário pelo que teve de mudar de Escola e de colegas.

Nas manhãs dos dias de escola fica ansioso/a e queixa-se de dores abdominais e dores de cabeça que desaparecem quando consegue convencer a mãe a deixá-lo/la ficar em casa. Durante o fim de semana as queixas desaparecem.

O/A Tiago/Susana tem uma longa história de dificuldades em situações sociais, sentindo-se desconfortável a conversar com novos colegas e a falar com os adultos. Quando os professores o/a questionam durante as aulas fica muito ansioso/a com medo de dar uma resposta errada e que os outros se riam dele/dela”.

Abuso de álcool: Pedro e Francisca

“O/A Pedro/Francisca é um/uma jovem de 17 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas ou convívios a que foi. Os pais andam muito preocupados porque o rendimento escolar do Pedro/da Francisca tem vindo a diminuir e tem faltado às aulas devido às “ressacas”. Um destes dias os pais foram chamados à escola porque o Pedro/a Francisca apareceu embriagado/a numa aula. Na última festa a que foi, os amigos tiveram que chamar o 112 pois ele/ela estava inconsciente”.

ESTUDO II - PRÉ-TESTE DAS VINHETAS E EXPLORAÇÃO DOS COMPONENTES DA LITERÁCIA EM SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 4

1. Introdução

A ansiedade, a depressão, o risco de suicídio e outros comportamentos de risco constituem as problemáticas com prevalência mais significativa, começando também a tornar-se mais frequentes as patologias aditivas, requerendo novas formas de intervenção ao nível da avaliação e tratamento (CNSM/ACSS, 2011).

O atendimento de adolescentes com perturbações psiquiátricas apresenta características particulares. As questões relacionadas com o desenvolvimento têm um papel determinante nessa etapa do ciclo vital, onde experiências particularmente desestabilizadoras poderão determinar sofrimento psíquico e o surgimento de perturbações psiquiátricas cujo agudizar se deve, entre outros fatores, a estereótipos que conduzem à ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional (Loureiro et al., 2009).

Reconhecendo que a prevalência de problemas de saúde mental na adolescência é significativa e que as atitudes estigmatizantes fazem prevalecer uma visão preconceituosa das doenças e dos doentes fortemente enraizada cultural e socialmente (Loureiro et al., 2012c); que as atitudes relativas a estes problemas são adquiridas precocemente desenvolvendo-se de forma gradual e consolidando-se na idade adulta (Wahl, 2002); e que a escola é um contexto privilegiado de acesso aos adolescentes, tem-se assistido nos últimos anos a uma preocupação crescente com a promoção da LSM enquanto pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Assim, esta etapa do estudo tem como objetivo, para além do pré-teste das vinhetas previamente construídas e validadas, explorar os conhecimentos dos adolescentes relativamente a três problemas de saúde mental, depressão, ansiedade e abuso de álcool, bem como compreender a tipologia de ações e a importância atribuída à ajuda profissional, centrando-se nos componentes *'reconhecimento do problema'*, *'comportamentos de procura de ajuda'* e *'crenças e intenções para prestar a primeira ajuda'*.

Este capítulo ocupa-se com a descrição dos métodos, resultados e conclusões desse estudo que se encontra publicado na Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde

Mental (RPESM) e cuja referência apresentamos de seguida:

Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 125-132.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Foi utilizado o *focus group* como método de recolha de informação, por ser particularmente adequado quando se pretende aprofundar informação sobre um conceito, um problema ou experiência (Krueger & Casey, 2009), mas também para explorar as perceções e vivências de cada um dos participantes.

O *focus group* privilegia a observação e o registo de experiências e reações dos indivíduos participantes, que não seriam possíveis de captar por outros métodos (Galego & Gomes, 2005). Para além disso, permite criar espaço para a dinâmica de grupo, possibilitando que os participantes se expressem numa discussão flexível, usando as suas próprias palavras e de acordo com as suas prioridades.

Sendo este um estudo preliminar integrado no processo de construção e validação de um instrumento de avaliação da LSM em adolescentes, recorreu-se à técnica de *focus group*, na medida em que pode ser utilizada como técnica de pesquisa exploratória para o levantamento de dados preliminares sobre determinado objeto de pesquisa, sendo um instrumento fundamental na criação de questionários, permitindo que, através dos investigadores, se possa ouvir o que as pessoas têm a dizer acerca da área a investigar (Galego & Gomes, 2005).

Participantes

Participaram 23 adolescentes, estudantes do ensino público, em três escolas da região centro, com frequência do 7º ao 12º ano. As idades variaram entre 12 e 17 anos (\bar{x} = 14,91 e DP= 1,73), sendo 16 (69,6%) do género feminino e 7 (30,4%) do género masculino. Todos os participantes eram solteiros e de nacionalidade portuguesa.

Procedimento

Foram realizados três *focus group* em três escolas secundárias com 3º ciclo, sendo uma situada em zona urbana (Escola Secundária D. Dinis, Coimbra), outra em zona rural

(Escola EB 2,3 + S João Garcia Bacelar, Tocha) e uma terceira em zona suburbana (Escola EB 2,3 + S Dr. Daniel de Matos, Poiares). Esta opção metodológica justificou-se pelo facto de existir evidência científica de que fatores como o estigma assumem um papel fundamental na ausência de comportamentos de procura de ajuda, sobretudo em populações rurais (Hernan et al., 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008).

As sessões tiveram uma duração média de 70 minutos e decorreram durante os meses de maio e junho de 2013, em espaço e tempo cedidos para o efeito pelos diretores das escolas. Previamente à realização dos *focus group* foi solicitado o consentimento aos encarregados de educação que, conjuntamente com os participantes, assinaram um termo de consentimento livre e informado (Anexo II). No início de cada sessão os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os limites de confidencialidade, e o direito de, em qualquer momento, poderem retirar-se. De seguida preencheram um questionário demográfico de caracterização (Anexo III). Foi ainda solicitada autorização para audiogravar as sessões.

As entrevistas foram orientadas por um guião estruturado (Anexo IV), elaborado a partir da revisão da literatura, contendo os temas chave a serem explorados, sendo projetado para melhorar a interação do grupo. A sequência dos temas foi ordenada, primeiramente por questões gerais e, em seguida, por questões específicas, permitindo que os elementos essenciais surgissem de forma natural.

Num primeiro momento foi realizado o pré-teste das vinhetas previamente construídas e validadas, visando identificar se eram inteligíveis aos respondentes.

A cada participante foi dada uma folha com as três vinhetas e, após a sua leitura, foi-lhes solicitado que se pronunciassem sobre a sua clareza e compreensibilidade. Nenhum dos participantes identificou dificuldades na descodificação e compreensão do seu conteúdo pelo que não houve necessidade de introduzir alterações.

Após ser realizado o pré-teste das vinhetas, explorou-se a componente '*Reconhecimento do problema*'. Para cada vinheta foi pedido aos participantes que respondessem à seguinte questão: '*Na tua opinião, o que se passa com o/a José/Inês; Tiago/Susana; Pedro/Francisca?*' Para cada cenário os participantes poderiam dar um máximo de três respostas. Os resultados foram analisados e, posteriormente, agrupados em 23 opções de resposta múltipla que constituíram os itens da subescala '*Reconhecimento do problema*'.

Para explorar os restantes componentes, foram formuladas cinco questões gerais:

- Que pensamentos, palavras ou imagens associam à doença mental?

- Se estiverem preocupados com a vossa saúde mental falarão com alguém sobre o problema? Com quem?
- Se estiverem preocupados com a vossa saúde mental, o que consideram mais importante para vos levar a procurar ajuda profissional?
- Quais os fatores que consideram poder constituir impedimento para procurar ajuda profissional?
- O que fariam para ajudar um/uma colega com um problema de saúde mental?

Cada uma das questões anteriores integrava um conjunto de 'pistas de exploração' que, pelo seu pormenor, permitiam aprofundar ou melhorar a sua explanação.

A primeira questão era introdutória, sendo projetada para envolver os participantes no tema. As restantes quatro questões visavam explorar os componentes da LSM em estudo.

As entrevistas foram transcritas e sujeitas a análise qualitativa de conteúdo com o programa Nvivo9. O método de análise, centrado em procedimentos fechados, incluiu categorias pré-definidas anteriormente à análise propriamente dita, associadas ao quadro empírico a partir do qual se formularam as questões da entrevista.

Os resultados qualitativos que apresentaremos de seguida surgem como resumos descritivos no âmbito de três dos componentes da LSM em estudo: (i) '*Reconhecimento do problema*'; (ii) '*Recursos e opções de ajuda*'; (iii) '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*'.

Para além destes componentes, foram também exploradas questões relacionadas com as '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*', como forma de avaliar a componente "*first aid skills to support others affected by mental health problems*" proposta por Jorm, (2012). Contudo, os dados obtidos não foram analisados no artigo cujos resultados se seguem. Por essa razão, iremos agora apresentar a sua síntese que permitiu construir a subescala III '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*'.

Para explorar esta dimensão, após leitura das vinhetas, foi questionado aos participantes 'o que fariam para ajudar um/uma colega com um problema de saúde mental' (semelhante aos retratados nas vinhetas)?

Das narrativas dos participantes emergiram 33 proposições que, após a análise realizada foram agrupadas em 10 opções de resposta: 'Dar-lhe apoio e tentar animá-la/o'; 'Ouvila/o e tentar compreendê-la/o'; 'Encaminhá-la/o para um profissional de saúde especializado'; 'Acompanhá-la/o à consulta, não a/o abandonar'; 'Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)'; 'Falar com os familiares para que estejam

mais atentos'; 'Encaminhá-la/o para um professor de confiança'; 'Continuar a tratá-la/o como se ela/ele não tivesse qualquer tipo de problema'; 'Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas'; e 'Encaminhá-la/o para o médico de família'.

Este conjunto de proposições engloba fatores distintos, correspondentes a níveis de ajuda diferenciados, indo desde o simples suporte e apoio social até ao encaminhamento ativo com envolvimento de adultos e ajudas profissionais. De realçar também que alguns dos adolescentes, sobretudo os do género masculino, apresentam propostas de ajuda que envolvem comportamentos de risco como o consumo de substâncias.

3. Análise dos resultados

De seguida apresentaremos os resultados, considerando o sistema de categorias emergente das narrativas dos participantes.

Reconhecimento do problema

Os enunciados dos participantes na análise às três vinhetas apresentadas (depressão, ansiedade, abuso de álcool) traduzem o recurso ao uso de rótulos adequados como por exemplo: 'tem uma depressão', 'sofre de ansiedade'; 'tem problemas com álcool', mas também a utilização inadequada de rótulos como 'estado de espírito passageiro', 'esgotamento', 'vício' e 'stress' que, pela sua conotação, são inibidores dos comportamentos de procura de ajuda.

Ao longo do discurso dos participantes vão surgindo enunciados relativos a outros problemas de saúde mental como 'esquizofrenia', 'baixa autoestima', 'distúrbio alimentar'; relativos a características de personalidade e problemas comportamentais (e.g. 'falta de confiança', 'problemas de adaptação', '*bullying*'); e ainda, a outros problemas de saúde tais como 'cancro' e 'doença do sistema nervoso', que são considerados pelos adolescentes como perturbações mentais ou erroneamente identificados nas vinhetas apresentadas. Esta diversidade de respostas representa uma lacuna importante, colocando ênfase na falta de conhecimentos relativamente a estas questões.

Comportamentos de procura de ajuda

Na dimensão '*comportamentos de procura de ajuda*' foram exploradas três categorias: 'recursos e opções de ajuda', 'barreiras' e 'facilitadores'.

Recursos e opções de ajuda

A primeira categoria integra as opções dos adolescentes em termos de procura de ajuda e a identificação dos recursos disponíveis. Os adolescentes identificam sete subcategorias, sendo a sua maioria referidas de forma transversal na literatura: amigos, familiares próximos, especialistas, médico de família, professores, e grupos de autoajuda. Destas, duas foram repetidamente retratadas dentro de uma estrutura hierárquica, evidenciando uma clara preferência dos adolescentes pelas ajudas informais, traduzida numa maior intenção de procurar ajuda na família e nos amigos do que em fontes formais (ajuda profissional), tal como ilustram as seguintes expressões: *“Na nossa geração, as primeiras pessoas a quem se vai recorrer é aos amigos mais próximos e depois à família”*; *“Podemos procurar ajuda junto de alguém que já tenha passado pela mesma situação, por exemplo, grupos de autoajuda”*.

As ajudas formais são também consideradas úteis como podemos verificar através da verbalização de uma participante: *“Primeiro procuraria um psicólogo e depois, se fosse caso disso, um psiquiatra (...) os enfermeiros especializados também poderiam ajudar”*. Contudo, o reduzido número de referências em cada uma das subcategorias mostra uma baixa intenção de procurar ajuda de especialistas.

Outra participante refere: *“Inicialmente falaria com os pais ou os amigos e através dos conselhos deles, procuraria uma ajuda mais específica, como por exemplo um psicólogo”*. Esta narrativa demonstra uma preferência inicial por fontes de ajuda informais, mas reconhece também a importância de, em sequência, procurar ajuda profissional. Em ambas as situações anteriores, os participantes considerem ser menos útil consultar o médico do que outros profissionais de saúde.

Ao longo do discurso verbalizado pelos participantes, surgem enunciados relativos a outros tipos de opções de ajuda. Refere um participante: *“Podemos procurar alguém que nos vá ouvir e compreender, mesmo sem ser técnico (...) alguém que não nos vá julgar”*. Outro participante residente em zona rural refere: *“Há pessoas que poderão ir à bruxa ou à cartomante (...) há pessoas que têm crenças e acreditam que isso resolve”*. Estes dois exemplos enfatizam a falta de conhecimento e compreensão das perturbações com desvalorização da importância da ajuda profissional, bem como a existência de crenças que são inibidoras dos comportamentos de procura de ajuda profissional.

Barreiras

Neste estudo, o estigma e alguns fatores associados às características do profissional de saúde surgem ao longo das narrativas como as barreiras mais importantes na procura de

ajuda profissional para problemas de saúde mental.

As percepções estigmatizantes estão presentes de forma transversal, embora sejam mais evidentes no discurso dos participantes residentes em zona rural. Os dois excertos seguintes são um exemplo. Diz uma participante: *“Se precisasse e tivesse que procurar ajuda, teria algum receio do que os outros poderão pensar (...) na sociedade onde estamos inseridos, se eu chegar hoje à escola e disser que tenho um problema mental, vou ser considerada como louca”*. Outra participante elabora e antecipa a reação estigmatizante dos amigos: *“Eu teria medo da reação dos meus amigos, do seu afastamento, de falarem mal de nós por sermos diferentes”*, e acrescenta: *“também teria receio de encontrar alguém conhecido que vá divulgar (...) preferia que ninguém soubesse”*.

Embora de forma menos vivenciada, os adolescentes residentes em zona urbana também fazem referência ao estigma como podemos verificar pela narrativa de uma participante: *“Os estereótipos e preconceitos que acabam por estar associados às doenças mentais podem dificultar a procura de ajuda (...) por essa razão, muitas vezes, numa fase inicial, a pessoa pode querer lidar com a situação e resolvê-la sozinha”*.

As barreiras relacionadas com o estigma verificam-se sobretudo aquando da procura de ajuda profissional e, na sua maioria, são preocupações com o que os outros poderão pensar, incluindo a própria fonte de ajuda. Fatores associados às características do profissional de saúde como ‘preocupações de confidencialidade’, ‘confiança’, ‘personalidade’, ‘profissionalismo’ entre outros, impregnam as narrativas dos participantes, independentemente da sua origem. Os dois excertos seguintes permitem-nos perceber algumas das suas preocupações. Diz um participante: *“O profissional de saúde com quem vamos falar pode, por exemplo, ser antipático, fazer juízos de valor sobre o nosso problema ou divulgá-lo a outras pessoas (...)”*. *“Gostava que fosse alguém em quem eu pudesse confiar, que conseguisse criar afinidade, fosse compreensivo, mas que também fosse ao mesmo tempo direto, uma pessoa aberta, mas direta, que dissesse o que está a acontecer”*.

Facilitadores

Nesta categoria analisamos os fatores que os adolescentes consideram como facilitadores da procura de ajuda. São identificadas quatro subcategorias: ‘acompanhamento’; ‘apoio social’; ‘consciência e aceitação do problema’; e ‘experiência prévia positiva’.

Os participantes consideram o ‘acompanhamento’ e a ‘experiência prévia positiva’ como

os dois principais facilitadores, no sentido em que são mais vezes referenciados. A este propósito diz-nos um participante: *“As pessoas não querem ajuda porque têm vergonha, mas gostam que alguém os acompanhe (...) eu gostava de ser acompanhado por amigos mais próximos ou familiares, a pessoa sente-se bem ao pé dessas pessoas”*.

Outro participante elabora e enfatiza a preferência pelo acompanhamento dos pares em detrimento de outras pessoas, como por exemplo os pais. Diz-nos: *“Na adolescência os pais não nos compreendem, dizem que é uma fase (...) preferia ir com um amigo da minha idade. Nós também achamos que os pais não estão do nosso lado”*.

A ‘experiência prévia positiva’ emerge enquanto facilitador em duas vertentes: a vivência própria e o conhecimento de outras pessoas. Uma participante refere: *“Se eu tivesse um problema de saúde mental e precisasse de ajuda, inicialmente gostaria de falar com alguém que tenha tido uma boa experiência”*. Outros participantes reforçam a ideia e acrescentam os aspetos da motivação que advém do conhecimento de situações e experiências positivas: *“Se eu visse que uma pessoa que passou pelo que eu estou a passar, conseguiu ultrapassar e hoje estava bem, estava feliz (...) então era sinal que eu também iria conseguir e dar-me-ia força para ir (...) é a prova de que é possível”*.

Outra participante acrescenta: *“Às vezes associamos as doenças mentais a coisas más e dolorosas, mas se tivermos uma pessoa que passou por isso e conseguiu superar, vai sempre motivar, se os outros conseguiram nós também vamos conseguir”*.

Uma participante com antecedentes de problemas de saúde mental diz-nos: *“Eu já tive que ir à psicóloga porque não andava bem. A primeira vez não queria ir, foi a minha mãe que me obrigou (...), mas depois até gostei de falar com ela. Agora não custa nada ir e falar dos meus problemas”*. Nesta narrativa é a própria vivência que se constitui como fator facilitador.

Do discurso verbalizado pelos participantes emergem enunciados relativos a outros facilitadores como o ‘apoio social’ e a ‘consciência e aceitação do problema’. Os dois excertos seguintes traduzem-no de forma clara. Refere uma participante: *“Gostava de me sentir apoiada pelos meus amigos, pelo menos aqueles em quem mais confio”, e acrescenta: “(...) é também importante ter o apoio dos pais e até dos professores”*. Outra participante, contrapondo e realçando a importância da aceitação do problema refere: *“Eu acho que se não houver uma aceitação própria da nossa parte e dizer ‘eu não estou bem’, é muito difícil mesmo com o apoio do pai ou da mãe ou dos amigos”*. Diz-nos ainda outra participante: *“Eu posso achar que numa fase inicial, sozinha vou conseguir lidar e resolver a situação. Mais tarde irei perceber que não vou conseguir porque é totalmente impossível a uma pessoa que está com distúrbios psicológicos lidar com uma situação”*.

deste calibre sozinha. Então aí vou ter que interiorizar que tenho que procurar ajuda". Este excerto introduz uma variável fundamental na facilitação dos comportamentos de procura de ajuda, a consciência da gravidade do problema e não só da sua existência.

4. Discussão dos resultados

De seguida serão discutidos os resultados mais proeminentes, colocando-os no contexto de revisões e estudos prévios relacionados.

Dos resultados do estudo sobressai a dificuldade dos adolescentes para reconhecer as perturbações mentais, bem como para identificar os seus sintomas chave, traduzindo-se pelo recurso frequente ao uso de rótulos inadequados, que pela sua conotação, são inibidores dos comportamentos de procura de ajuda profissional. Este dado é sustentado por Wright, Jorm, Harris & McGorry (2007) que nos referem que o reconhecimento e o uso de rótulos adequados é o preditor mais frequentemente associado com a procura de ajuda e tratamento pelos adolescentes.

Estudos recentes (Leighton, 2009; Olsson & Kennedy, 2010) têm centrado a sua atenção sobre se os adolescentes têm o conhecimento suficiente para identificar corretamente a doença mental em si próprios ou nos seus pares. As conclusões destes estudos mostram que o nível de reconhecimento das doenças mentais e dos seus sintomas é baixo. Para além disso, o uso inadequado de rótulos, além de traduzir a dificuldade de reconhecimento das perturbações, pode estar relacionado com o estigma e ser um dos fatores associados com a recusa na procura de ajuda (Rose, Thornicroft, Pinfold & Kassam, 2007).

Vários estudos sobre comportamentos de procura de ajuda identificam dois tipos de fontes de ajuda utilizadas, as formais (profissionais) e as informais, como por exemplo os amigos e a família (Rosa et al., 2014b). Os adolescentes a experienciar problemas de saúde mental deveriam aceder a profissionais e serviços preparados para dar respostas ajustadas e eficazes. Porém, a realidade é outra. Como se verifica neste estudo, os adolescentes desvalorizam as ajudas profissionais e mostram maior intenção de procurar ajuda junto do grupo de pares e noutras fontes informais como a família, os professores e os grupos de autoajuda. Estes resultados relacionam-se de forma consistente com as conclusões de estudos anteriores que revelam que as fontes de ajuda informais são preferidas às fontes formais em todas as idades, e em ambos os géneros (Cotton et al., 2006).

Outro dado relevante e que reforça as conclusões do estudo de Jorm et al. (2007b) resulta da desvalorização do papel do médico, relativamente a outros profissionais de

saúde, ainda que todos sejam considerados úteis.

Estudos realizados com populações de adolescentes identificam dois tipos de barreiras na procura de ajuda: as logísticas e as pessoais (Rosa et al., 2014b). Neste estudo, as barreiras pessoais como o estigma e as preocupações sobre os profissionais de saúde, associadas aos constrangimentos de confidencialidade e à confiança, surgem como as principais barreiras na procura de ajuda para problemas de saúde mental.

O estigma assume-se como uma barreira importante sobretudo em populações rurais. Este resultado é consistente com as conclusões de outros estudos anteriores, de que o estigma é um fator determinante e contribui para a relutância de muitos adolescentes em procurar ajuda (Rose et al., 2007), afetando mais a busca de ajuda em populações rurais do que urbanas (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Uma grande preocupação para muitos dos participantes é a confiança no profissional de saúde e a confidencialidade da informação. Esta preocupação foi identificada em estudos anteriores que concluíram que os adolescentes apresentam maior intenção de procurar ajuda em fontes confiáveis (Rickwood et al., 2007) e confidenciais (Scott & Chur-Hansen, 2008). As preocupações com a confidencialidade e confiança podem também estar relacionadas com o estigma. Neste caso, o medo da violação de sigilo decorre da vergonha de que a família e os amigos descubram que o adolescente procurou ajuda (Gulliver et al., 2010).

O estudo explorou também os facilitadores percebidos na procura de ajuda.

Os participantes consideram o 'acompanhamento' e a 'experiência prévia positiva' como os dois principais facilitadores. Este resultado reforça as conclusões de outros estudos prévios. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Gulliver et al. (2010), três estudos examinam os facilitadores e todos mencionam as experiências prévias positivas, sendo também o tema para o qual foi relatado o maior número de facilitadores individuais.

O acompanhamento é um fator facilitador que assume uma grande importância no nosso estudo apesar de não ser referido de forma isolada em estudos prévios. Podemos, no entanto, entendê-lo como parte integrante do apoio social. Esta variável, que também emergiu no nosso estudo, é referenciada de forma reiterada na literatura, em estudos como o de Sheffield et al. (2004) ou o de Gulliver et al. (2010).

5. Conclusões do estudo

Este estudo permite concluir que os adolescentes demonstram dificuldades significativas

no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família.

Os resultados da análise revelam que os adolescentes comungam de uma visão que assenta tanto no saber médico da doença como no saber popular, onde o recurso a rótulos inadequados é frequente, traduzindo um desconhecimento efetivo e desvalorização da doença e das suas implicações.

Para além das dificuldades de reconhecimento, fatores como o estigma, a falta de confiança nos profissionais de saúde e os constrangimentos de confidencialidade, constituem barreiras no acesso à ajuda profissional. Pelo contrário, há também alguma evidência de que o apoio social e as experiências prévias positivas, enquanto fatores promotores da LSM, podem reduzir o estigma, sendo facilitadores da procura de ajuda neste grupo etário.

Assim, como implicações, surge a necessidade de criar programas para promover a LSM, por um lado, aumentando os conhecimentos sobre os próprios sintomas e a compreensão dos conceitos associados à saúde mental, por outro, minimizando os constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. No entanto, barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda. É necessária investigação mais avançada sobre estes fatores e como eles operam em cada nível do processo de procura de ajuda.

CAPÍTULO 5 CONSTRUÇÃO E PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO

Nesta fase do estudo procedemos à construção do instrumento. Foram definidos os itens integrantes de cada uma das subescalas e respetivos componentes da LSM, em função dos resultados dos *focus group*, da síntese dos resultados do ‘Estudo I’ e da revisão da literatura sobre estilos de vida e comportamentos de saúde. A seleção dos itens apropriados seguiu também as recomendações propostas por Freire e Almeida (2001), recorrendo-se à análise de outras escalas, à revisão de bibliografia na área e ao contacto com especialistas nas áreas a avaliar.

1. Construção do instrumento

O instrumento inicialmente construído e sujeito ao processo de validação neste estudo (Anexo V) é composto por três escalas semelhantes, diferenciando-se unicamente na perturbação retratada na vinheta clínica. Cada escala, por sua vez, é constituída por cinco subescalas com questões sobre as dimensões do conceito de LSM: (i) ‘*Reconhecimento do problema*’; (ii) ‘*Recursos e opções de ajuda*’; (iii) ‘*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*’; (iv) ‘*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*’; e (v) ‘*Estilos de vida e comportamentos de saúde*’.

A parte inicial de cada escala, para além de uma mensagem de apresentação com informações e orientações para a resposta aos itens, contém perguntas sobre dados sociodemográficos e visa caracterizar o perfil do respondente. Avalia dados como: género, idade, concelho de residência, estado civil, escolaridade, profissão, escolaridade e situação profissional dos pais.

A subescala I avalia a componente ‘*Reconhecimento do problema*’ e é composta por 24 opções de resposta múltipla. Destas, 23 emergiram da exploração realizada nos *focus group*, sendo introduzida uma 24ª opção que corresponde à resposta nula (Não tem nada). Nesta subescala, os respondentes, após leitura da vinheta, são convidados a responder à questão colocada: “*na tua opinião o que é que se passa com o/a José/Inês; Tiago/Susana; Pedro/Francisca?*”, assinalando uma ou mais opções que considerem válidas ou que se apliquem.

As restantes quatro subescalas têm opções de resposta fechada e são avaliadas em escalas tipo *Likert* de 5 pontos. Este formato é o mais consensual (Freire & Almeida,

2001), na medida em que permite a resposta neutra, assim como respostas intermédias entre os polos, sendo perceptível por pessoas com reduzidas ou elevadas habilitações literárias (Hill & Hill, 2005).

A subescala II avalia a componente *‘Recursos e opções de ajuda’* sendo composta por nove opções de resposta à questão *“Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o/a José/Inês; Tiago/Susana; Pedro/Francisca?”*. As opções apresentadas incluem recursos de ajuda profissional (e.g. psicólogo, psiquiatra, enfermeiro especialista) e ajudas informais (e.g. familiares, amigos). É solicitado aos participantes que pontuem numa escala de 1 (prejudicaria muito) a 5 (ajudaria muito) de que forma cada um dos recursos apresentados poderia ajudar a pessoa, na situação expressa na vinheta.

A subescala III avalia a componente *‘Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda’* e inclui dez opções de resposta à questão *“O que farias para ajudar o/a José/Inês; Tiago/Susana; Pedro/Francisca?”* As opções de resposta apresentam um conjunto de possíveis ações a desenvolver para ajudar a pessoa, mas também situações que não traduzem uma ajuda efetiva (e.g. dar-lhe apoio e animá-lo/a; encaminhar para um profissional de saúde especializado; continuar a tratá-lo/a como se ele/ela não tivesse qualquer tipo de problema). É pedido aos participantes que assinalem numa escala de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), em que medida concordam com cada uma das ações apresentadas.

A subescala IV avalia a componente *‘Barreiras e facilitadores na procura de ajuda’* e inclui 17 proposições sobre fatores que podem condicionar ou comprometer a procura de ajuda profissional (e.g. medo das consequências, estigma, confidencialidade) e fatores que a podem facilitar (e.g. apoio social, acompanhamento, consciência do problema). Os participantes são convidados a responder à questão *“Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional?”*, pontuando numa escala de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito) a relevância de cada um dos fatores apresentados.

As opções de resposta da subescala V *‘Estilos de vida e comportamentos de saúde’* resultam da revisão da literatura, integrando um conjunto de itens capazes de avaliar a importância atribuída pelos participantes a um conjunto de fatores (e.g. alimentação, exercício físico, prevenção de riscos, imagem corporal) que, para além de prevenirem a doença, poderão ser considerados como promotores de saúde mental.

Sabemos que os adolescentes são, na generalidade, um segmento relativamente saudável da população. No entanto, alguns adotam comportamentos de risco que podem

prejudicar o seu percurso social e o seu estado global de saúde, incluindo a saúde mental. De facto, os problemas de saúde dos adolescentes comumente resultam da sua incapacidade de avaliar corretamente riscos e benefícios (Guzman & Bosch, 2007), conjuntamente com uma grande propensão para o envolvimento em comportamentos de risco (acidentes, violência, uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, etc.).

Com base neste pressuposto, os profissionais de saúde em geral e o enfermeiro em particular, têm um papel importante no processo de mudança, uma vez que, na sua prática clínica, o enfermeiro pode facilitar os processos de cessação de comportamentos de risco e/ou adoção de comportamentos de saúde. Por esta razão considerámos pertinente a inclusão na MentaHLiS de uma dimensão com o propósito de identificar as crenças sobre a importância dos estilos de vida e comportamentos de saúde, enquanto fatores de prevenção das doenças mentais, integrando-a no componente da LSM *“public’s knowledge of how to prevent mental disorders”* (Jorm, 2012).

Nesta subescala é pedido aos participantes que respondam à questão *“Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos?”*, assinalando a sua resposta numa escala de 1 (nada importante) a 5 (muito importante).

2. Pré-teste do instrumento

O questionário foi submetido a um pré-teste no qual participaram 15 adolescentes, estudantes do ensino secundário público, com frequência do 10º e 11º ano, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos ($\bar{x} = 16,53$ e $DP = 0,83$), sendo 9 (60,0%) do género feminino e 6 (40,0%) do género masculino. Formaram-se dois painéis que permitiram testar sequencialmente e em momentos diferentes, duas versões do instrumento. Previamente foi explicado o carácter de teste da aplicação e foi solicitado aos participantes que expressassem as suas dúvidas e sugestões.

A versão inicial do instrumento foi aplicada ao primeiro painel, constituído por 8 adolescentes, procurando avaliar aspetos como a compreensibilidade dos itens, a sua aceitação geral e o tempo médio de resposta. Após o teste, o instrumento foi aprimorado em aspetos relacionados com a compreensibilidade de alguns itens. A nova versão foi aplicada ao segundo painel, não tendo sido necessário introduzir novas alterações.

A versão final do instrumento foi submetida a uma avaliação das suas propriedades psicométricas.

CAPÍTULO 6

ESTUDO III - ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA MENTAHLIS

1. Metodologia

Cumpridas as etapas anteriores avançámos para a avaliação das qualidades psicométricas das três escalas, utilizando uma amostra representativa dos adolescentes a frequentar o 2º e 3º ciclos e secundário em escolas públicas pertencentes ao distrito de Coimbra.

Como apresentámos anteriormente, a MentaHLIS é constituída por três escalas (MentaHLIS-Depressão, MentaHLIS-Ansiedade e MentaHLIS-AA) direccionadas à avaliação da LSM sobre três problemas comuns (depressão, ansiedade e abuso de álcool). Cada uma das escalas integra 5 subescalas (Reconhecimento do problema; Recursos e opções de ajuda; Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda; Barreiras e facilitadores na procura de ajuda; e Estilos de vida e comportamentos de saúde).

Devido a esta complexidade, a metodologia e a apresentação dos resultados carecem de um enquadramento prévio que permita compreender a forma como foi utilizada a amostra de participantes no processo de validação.

Das cinco subescalas, três avaliam questões específicas relacionadas com os problemas apresentados nas vinhetas: *'Reconhecimento do problema'*; *'Recursos e opções de ajuda'*; e *'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda'*. Por esse motivo, cada uma só foi respondida por cerca de um terço dos participantes (Depressão n=251; Ansiedade n=251; Abuso de álcool n= 255). Assim, os resultados da análise técnica destas subescalas serão apresentados de forma parcial, tendo em conta as subamostras.

Por outro lado, as restantes duas subescalas avaliam dimensões e atributos da LSM não especificamente relacionados com a vinheta apresentada: *'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda'*; e *'Estilos de vida e comportamentos de saúde'*. Estas subescalas são iguais nas três escalas e foram respondidas por todos os participantes. Deste modo, a sua análise foi realizada com os dados referentes ao total da amostra (n=757).

1.1. Aprovação ética

O estudo e o instrumento de pesquisa foram aprovados pela Direcção-Geral de Educação – Gabinete de Projetos Educativos do Ministério da Educação do Governo Português (n.º 0404700001) (Anexo VI) e pela Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC (P187-10-2013) (Anexo VII). Todos os participantes nas diferentes fases do estudo foram informados sobre os seus objetivos, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dadas as características da amostra, o questionário foi acompanhado de um termo de consentimento a ser assinado pelos pais ou encarregados de educação e pelos participantes (Anexo II). A confidencialidade foi assegurada em todo o processo, sendo garantida tanto ao nível das respostas como do anonimato dos participantes.

1.2. Seleção e caracterização da amostra

A amostra, constituída por 757 participantes, foi recrutada em 11 escolas do 2º e 3º ciclo e secundárias do distrito de Coimbra.

O processo de seleção das escolas foi aleatório. Numa primeira fase foram contactados os diretores das 27 escolas sede de agrupamento do Distrito de Coimbra, averiguando da disponibilidade para participar no estudo. Foi feito contacto telefónico e, posteriormente, foi formalizado o pedido através de correio eletrónico (Anexo VIII). Numa segunda fase, das 22 escolas que acederam participar, foram selecionadas aleatoriamente onze: Escola Secundária de Arganil; Escola Básica e Secundária José Garcia Bacelar – Tocha; Escola Secundária Jaime Cortesão – Coimbra; Escola Secundária Maria Alice Gouveia – Coimbra; Escola Secundária Dr. Bernardino Machado – Figueira da Foz; Escola Básica de Góis; Escola Secundária da Lousã; Escola Secundária Dra. Maria Cândida – Mira; Escola Básica e Secundária de Penacova; Escola Básica e Secundária Martinho Árias – Soure; e Escola Básica Dr. Pedro Veríssimo – Paião.

Os questionários foram aplicados pelos professores coordenadores de turma, em contexto de sala de aula, num período disponibilizado para o efeito (cerca de 20 minutos). As turmas a utilizar foram designadas pelos Diretores das escolas, tendo por base critérios internos de acessibilidade. Previamente à aplicação dos questionários foram dadas instruções aos professores sobre a sua administração.

Dos 1335 questionários entregues, foram devolvidos 832, (62,32%), dos quais 75, (5,61%) foram excluídos da análise devido a incorreções de preenchimento ou a outros

fatores como a invariabilidade absoluta nas respostas. Os questionários que apresentavam incorreções ou lacunas de informação relacionadas com os dados de caracterização sociodemográfica foram considerados válidos.

Na tabela 3 podemos observar a relação entre os questionários enviados, devolvidos e eliminados em cada uma das escolas participantes.

Tabela 3. Distribuição dos questionários entregues e devolvidos pelas escolas participantes no estudo

Escola	Entregues	Devolvidos	Eliminados
Escola Secundária de Arganil	50	27	3
Escola Básica e Secundária José Garcia Bacelar – Tocha	100	73	6
Escola Secundária Jaime Cortesão – Coimbra	155	79	5
Escola Secundária Maria Alice Gouveia – Coimbra	140	76	7
Escola Secundária Dr. Bernardino Machado – F. Foz	50	30	4
Escola Básica de Góis	160	61	8
Escola Secundária da Lousã	100	96	4
Escola Secundária Dra. Maria Cândida – Mira	150	122	13
Escola Básica e Secundária de Penacova	150	90	10
Escola Básica e Secundária Martinho Árias – Soure	130	49	11
Escola Básica Dr. Pedrosa Veríssimo – Paião	150	129	4
Total	1335	832	75

A amostra total é constituída por 757 participantes, correspondendo a 56,70% do total de questionários entregues. Integra adolescentes de ambos os géneros, com idade compreendida entre os 10 e os 18 anos.

Nas tabelas 4 e 5 podemos observar as variáveis de caracterização demográfica dos participantes no estudo. Os sujeitos representam de forma heterógena ambos os géneros, sendo a amostra constituída por 453 indivíduos do género feminino, correspondendo a 59,8%, e 304 indivíduos do género masculino, o que corresponde a 40,2% do total.

As idades variam entre os 10 e os 18 anos, sendo a média de 14,33 anos e o desvio padrão de 2,19. A classe modal com maior frequência é a dos 13-15 anos com 363 indivíduos a que corresponde uma percentagem de 41%.

Mais de 50% dos adolescentes frequenta o 3º ciclo (54,4%), logo seguido pelo secundário com 32,8%. Só 12,8% frequentam o 2º ciclo.

Os pais têm níveis de escolaridade entre o 1º ciclo e o Mestrado sendo que, tanto no caso do pai (85,2%), como da mãe (77%), a grande maioria apresenta habilitações até ao ensino secundário. Relativamente à sua situação profissional, a grande maioria dos pais (87,1%) e das mães (76%), encontram-se empregados.

Tabela 4. Frequência e percentagens das variáveis de caracterização demográfica dos participantes (N=757)

Variável		N	%
Sexo:			
	Masculino	304	40,2
	Feminino	453	59,8
Idade:			
	10 - 12	154	20,3
	13 - 15	363	41,0
	16 - 18	240	30,7
Escolaridade:			
	2º Ciclo	97	12,8
	3º Ciclo	412	54,4
	Secundário	248	32,8
Escolaridade pai:			
	1º Ciclo	128	16,9
	2º Ciclo	143	18,9
	3º Ciclo	189	25,0
	Secundário	185	24,4
	Bacharelato	9	1,2
	Licenciatura	69	9,1
	Outro	15	2,0
	<i>Missing</i>	19	2,5
Escolaridade mãe:			
	1º Ciclo	68	9,0
	2º Ciclo	115	15,2
	3º Ciclo	173	22,9
	Secundário	226	29,9
	Bacharelato	23	3,0
	Licenciatura	124	16,4
	Outro	15	2,0
	<i>Missing</i>	13	1,7
Situação profissional pai:			
	Empregado	659	87,1
	Desempregado	83	11,0
	<i>Missing</i>	15	2,0
Situação profissional mãe:			
	Empregada	575	76,0
	Desempregada	177	23,4
	<i>Missing</i>	5	0,7

Tabela 5. Caracterização dos participantes de acordo com a idade e o sexo

Idade	Sexo				Total	
	M	%	F	%	N	%
10	20	2,6	27	3,6	47	6,2
11	23	3,0	21	2,8	44	5,8
12	30	4,0	33	4,4	63	8,3
13	36	4,8	59	7,8	95	12,5
14	77	10,2	81	10,7	158	20,9
15	36	4,8	74	9,8	110	14,5
16	27	3,6	73	9,6	100	13,2
17	27	3,6	51	6,7	78	10,3
18	28	3,7	34	4,5	62	8,2
Total	304	40,2	453	59,8	757	100

Idade: Média – 14,33; DP – 2,19

1.3. Análise estatística

Os dados foram analisados usando o software IBM SPSS-23 (*Statistical Package for the Social Science*). Foram realizadas inicialmente análises exploratórias e descritivas das diversas variáveis visando identificar eventuais erros de introdução/digitação, bem como a eventual presença de valores em falta nos itens do instrumento.

Não foi identificado nenhum valor fora da amplitude normal da escala de avaliação (1 a 5 pontos). As médias e desvios padrão dos scores totais da escala revelaram-se plausíveis e os coeficientes de variação para a totalidade das variáveis em estudo, variaram entre 0,03 e 0,72, sendo a média de 0,26, o que traduz uma boa dispersão relativa das respostas.

Todas as escalas de medida deverão reunir dois requisitos essenciais: validade e fidelidade. Medidas confiáveis são replicáveis e consistentes, isto é, geram os mesmos resultados. Medidas válidas são representações precisas da característica que se pretende medir. Validade e fidelidade são, pois, requisitos que se aplicam tanto às medidas de um teste ou instrumento de colheita de dados como ao desenho da investigação propriamente dita.

1.3.1. Análise de validade

Relativamente à primeira subescala '*reconhecimento do problema*', tratando-se de dados nominais (categóricos) com opções de resposta múltipla, foi realizada uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), considerada como uma extensão da Análise de

Componentes Principais ou PCA (do inglês *Principal Component Analysis*) para dados categoriais, uma vez que a PCA trabalha com dados quantitativos (Greenacre & Blasius, 2006). Resumidamente, esta técnica está inserida na temática de redução de dimensionalidade e tem como objetivo encontrar um espaço de menor dimensão onde a amostra possa ser bem representada, maximizando a percentagem de variância explicada, para verificar a existência de padrões subjacentes a cada dimensão.

A ACM permite estudar mais do que duas variáveis nominais e representá-las em dimensões, identificando grupos de indivíduos com perfil semelhante. As dimensões têm, no contexto da ACM, um papel equivalente ao dos componentes principais numa Análise em Componentes Principais (PCA) (Carvalho, 2017).

Neste tipo de abordagem é essencial a identificação dos diversos indicadores considerados pertinentes para captar a estrutura do fenómeno em estudo, preservando a sua individualidade específica, mas dando um enfoque particular à exploração da sua interdependência e aos contornos das diferentes combinações que decorrem da sua interação, as quais são, elas próprias, produto dessa interação (Carvalho, 2017).

O enfoque na ACM permite viabilizar a descrição e a identificação de diferentes configurações simbólicas, sustentadas por uma estrutura multifacetada de indicadores qualitativos.

O estudo centra-se na análise dos sistemas simbólico-ideológicos que os indivíduos vão interiorizando e construindo, e que agem nos diversos campos de relações e de práticas sociais, sendo estruturados com base numa multiplicidade de elementos, refletindo e definindo um posicionamento social com referências identitárias, convicções e valores sociais. Assim, a análise do espaço imagético evocado pelas histórias apresentadas nas vinhetas e a sua estruturalidade no espaço simbólico permitem identificar os diferentes eixos de categorização e diferenciação.

Neste estudo, consideraram-se unicamente as respostas assinaladas cuja percentagem de concordância fosse superior a 5%, de modo a evitar a análise de categorias pouco representativas (Pestana & Gajero, 2014). Foram ainda retirados os itens com valores de discriminação inferiores à inércia da dimensão. A inércia varia entre 0 e 1 e quanto mais perto do limite superior mais variância é explicada por dimensão. Assim, a importância das dimensões está hierarquizada e vai diminuindo.

Relativamente à solução final e ao número de dimensões a reter, com base nos valores da inércia, mas também nos valores próprios (*eigenvalues*) que quantificam a variância explicada, optámos por soluções com duas ou três dimensões. Este é o procedimento habitual por ser nessas que se registam os valores de inércia mais elevados e, por

consequência, ao explicarem mais variância são mais diferenciadoras dos objetos em estudo.

Para as restantes subescalas foi realizado um estudo de validade de construto, de forma independente para cada uma das três escalas.

A validade de construto está diretamente ligada à definição e conceptualização do instrumento de medida, traduzindo a adequação da estrutura conceptual subjacente à sua construção, isto é, refere-se à consonância entre os resultados do instrumento e o construto em que ele se baseia e avalia (Almeida & Freire, 2000).

Para o estudo da validade de construto procedemos à realização da análise fatorial exploratória dos dados. Este tem sido um dos procedimentos estatísticos mais frequentemente utilizados no desenvolvimento, avaliação e refinamento de instrumentos (Floyd & Widaman, 1995, citados por Damásio, 2012; Paschoal & Tamayo, 2004).

A análise fatorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever (Pestana & Gageiro, 2014). Desta forma é possível abordar o problema, analisando a estrutura de relacionamento entre um grande número de variáveis e definir um conjunto de dimensões ou fatores latentes. Esses fatores são combinações lineares em que a estrutura de pesos foi estimada por componentes principais (Hair Jr., Anderson, Tatham & Black, 2005).

A PCA é um dos métodos de estimação mais popular para a análise fatorial exploratória (Pestana & Gageiro, 2014). Neste estudo utilizámos a PCA seguida de rotação ortogonal *varimax* de forma a tornar mais interpretáveis as soluções emergentes em cada análise, conservando as suas propriedades estatísticas.

Tão importante quanto o método de retenção fatorial utilizado é o método de rotação de fatores. As rotações fatoriais têm o objetivo de facilitar a interpretação dos fatores, visto que muitas vezes as variáveis analisadas apresentam cargas fatoriais elevadas em mais de um fator (Damásio, 2012). Os métodos ortogonais estipulam, *a priori*, que não há correlação entre os fatores. Destes, o '*varimax*' é o mais comumente utilizado (Fabrigar et al., 1999, citados por Damásio 2012; Tabachnick & Fidell, 2007).

A aplicação da análise fatorial para a validação de um instrumento exige a verificação de um conjunto de pressupostos, entre os quais, a normalidade da distribuição, o tamanho da amostra e a adequabilidade da base de dados.

A normalidade da distribuição é a suposição mais importante em análise multivariada, definindo-se como o grau em que a distribuição dos dados para uma variável métrica

corresponde a uma distribuição normal (distribuição de Gauss), padrão de referência dos dados estatísticos (Hair Jr. et al., 2005).

Para verificar a normalidade da distribuição, foram analisados os valores de significância do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (KS) e os valores de assimetria (*Skewness*) e curtose (*Kurtosis*), utilizando-se os scores totais dos itens retidos na versão final das três escalas e também para o global da amostra. Utilizaram-se ainda métodos gráficos com recurso à análise dos histogramas das variáveis.

Em relação ao tamanho da amostra, sendo o objetivo da análise encontrar fatores subjacentes num grupo de variáveis, é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantêm os mesmos fatores (Pestana & Gageiro, 2014).

Hair Jr. e colaboradores sugerem que a amostra deve ser superior a 50 observações, sendo aconselhável no mínimo 100 casos para assegurar resultados mais robustos; e que a razão entre o número de observações e a quantidade de variáveis deve ser igual ou superior a cinco (Hair Jr. et al., 2005). Também Pasquali (2005) afirma que devemos levar em consideração um número de cinco a dez respondentes por item.

Pestana e Gageiro, baseando-se no trabalho de Hill, apontam para um número mínimo de respostas válidas (N) por variável (K): se $K \leq 5$, $N = 50$; se $5 \leq K \leq 15$, $N = 10 \times K$; se $K > 15$, $N = 5 \times K$ (Hill, 2000, citada por Pestana & Gageiro, 2014).

Por fim, deve verificar-se a adequação da matriz de dados, isto é, se os dados podem ser submetidos ao processo de análise fatorial. Para isso, dois métodos de avaliação são mais comumente utilizados: o Teste de Esfericidade de Bartlett (BTS); e o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Dziuban & Shirkey, 1974, citados por Damásio, 2012).

O BTS permite verificar a adequação da aplicação da análise fatorial, indicando a presença de relações não nulas entre as variáveis. Este testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é similar a uma matriz identidade, ou seja, os elementos da diagonal principal têm valor igual a '1', e os demais elementos da matriz são aproximadamente '0' (Damásio, 2012). Valores de BTS com níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a análise fatorial pode ser usada (Pasquali, 2005), rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz identidade.

O índice de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra, é um teste estatístico que sugere a proporção de variância dos itens que pode ser explicada por uma variável latente. É um indicador confiável na medida em que testa a consistência global dos dados, permitindo identificar se o modelo de análise fatorial está a ser utilizado adequadamente. O método verifica se a matriz de correlação inversa é próxima da matriz

diagonal, comparando os valores dos coeficientes de correlação linear observados com os valores dos coeficientes de correlação parcial.

Os valores de KMO variam entre 0 e 1. Para a interpretação do critério, valores pequenos, próximos de zero indicam que a soma das correlações parciais dos itens avaliados é bastante alta em relação à soma das correlações totais. Nestes casos, o uso da análise fatorial não é adequado (Pasquali, 2005). Quanto mais próximos de '1' forem os valores, mais adequada será a aplicação da análise fatorial. Pallant (2007) sugere 0,60 como um limite razoável. Já Hair Jr. et al. (2005) sugerem 0,50 como patamar mínimo de adequabilidade.

Para além destes dois métodos, recorreremos também à análise da matriz de correlações anti-imagem que permite verificar a medida de adequação da amostragem para todos os itens, aferindo da necessidade de eliminação de alguma variável do modelo.

A diagonal principal da matriz anti-imagem fornece o índice de Medida de Adequação de Amostra (*Measure of Sampling Adequacy* – MSA) (Fávero, Belfiore, Silva & Chan 2009). Esse valor varia entre 0 e 1, atingindo 1 quando cada variável é perfeitamente prevista sem erro pelas demais variáveis. Sobre a interpretação dos valores da MSA, Hair Jr. et al. (2005) consideram regulares os valores superiores a 0,60, bons os valores superiores a 0,70 e ótimos os valores superiores a 0,80.

Após ser verificada a adequação da matriz à análise fatorial, torna-se necessário realizar estimativas iniciais a respeito do número de fatores a reter com o objetivo de determinar o número que melhor representa o padrão de correlação entre as variáveis observadas. Esta é uma das decisões mais importantes a tomar, na medida em que uma extração inadequada impossibilita a interpretação correta dos resultados (Hayton, Allen & Scarpello, 2004, citados por Damásio 2012).

Durante o processo de retenção fatorial, dois problemas principais podem ocorrer: 1) a sobrestimação de fatores (reter um número de fatores maior do que o adequado); e 2) a subestimação de fatores (reter um número de fatores menor que o adequado). A sobrestimação tende a produzir resultados não-parcimoniosos, baseados em construtos supérfluos, com reduzido ou inadequado poder explicativo. Do mesmo modo, a subestimação resulta numa perda significativa de informação (Damásio, 2012). Assim, a solução ideal deverá passar pela identificação do número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada.

Na extração dos fatores recorreu-se à análise dos componentes principais com rotação ortogonal *varimax* para identificar quantos fatores ou dimensões são responsáveis pela variação nos itens de cada uma das escalas e a percentagem de variância que cada um

desses fatores consegue explicar (com base nos valores próprios – *eigenvalues*). Nesta fase, o objetivo foi obter um número mínimo de fatores que expliquem o máximo da variação no conjunto total dos dados. Além disso, observaram-se os coeficientes de comunalidade.

Apesar de não existir uma forma consensual para identificar o número de fatores a reter, utilizámos três critérios combinados: o critério de Kaiser-Guttman (*eigenvalues* >1); Critério de Harman (percentagem da variância explicada por cada fator \geq a 3%); e o *Scree Plot dos eigenvalues*.

O critério de Kaiser-Guttman propõe uma avaliação rápida e objetiva do número de fatores a ser retido. A lógica por trás do critério é simples: cada fator retido apresenta um *eigenvalue* que se refere ao total de variância explicada por este fator. A soma total dos *eigenvalues* é sempre igual ao número de itens utilizados na análise. Como o objetivo das análises fatoriais é reduzir um determinado número de variáveis observadas num número menor de fatores, apenas fatores com *eigenvalue* > 1 são retidos (Floyd & Widaman, 1995, citados por Damásio 2012).

O critério de Kaiser permite, pois, uma avaliação rápida e objetiva do número de fatores a reter, considerando que a quantidade de *eigenvalues* superiores a '1' indica o número máximo de fatores a serem extraídos, porque fatores com baixos *eigenvalues* contribuem pouco para explicar a variância nas variáveis originais. Porém, tratando-se de um critério permissivo, pode permitir a retenção de um número de fatores maior que o necessário (Pasquali, 2005). Assim, utilizou-se também o critério de Harman, onde o número máximo de fatores a extrair é indicado pela variância maior ou igual a 3%.

Utilizou-se ainda o critério da variância acumulada. Hair Jr. et al. (2005) sugerem o patamar de 60% como sendo aceitável.

Através da observação do gráfico *Scree plot dos eigenvalues* (teste de Cattell), é possível obter mais um contributo relativamente à decisão sobre o número de componentes da estrutura empírica das escalas. Este método, apesar de amplamente relatado, é de pouca utilidade prática. Analisando graficamente a dispersão do número de fatores no gráfico dos *eigenvalues* (no qual é apresentado o número de dimensões (eixo - x) e os seus *eigenvalues* correspondentes (eixo - y), observa-se o ponto (cotovelo) onde os *eigenvalues* apresentam uma tendência descendente linear (Reise, Waller & Comrey, 2000) ou seja, onde a curva da variância individual de cada fator sofre uma queda abrupta, passando de uma inclinação acentuada para uma quase horizontal.

Para além dos critérios anteriores, a escolha das soluções fatoriais finais seguiu ainda os seguintes critérios:

- Validade convergente - *factor loading* $\geq 0,40$;
- Validade discriminante – diferencial de loadings $\geq 0,20$ com os restantes fatores;
- Coeficientes de comunalidade superiores a 0,40;
- Concordância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada (validade aparente).

O estudo de validade convergente-discriminante dos itens é um bom indicador de que o item mede o mesmo construto da subescala ou dimensão a que pertence e não outro. Uma boa validade deste tipo mostra que a correlação do item com a subescala ou fator a que pertence é substancialmente mais elevada do que a sua correlação com as subescalas ou fatores a que não pertence (item discriminativo), formando-se estruturas conceptuais distintas (Ribeiro, 2010).

Validade convergente

Considerando os critérios para avaliação da significância das cargas fatoriais (validade convergente), fatores como o tamanho da amostra, o número de variáveis em análise e o número de dimensões são de extrema importância.

A este propósito, Hair Jr. et al. (2005) deixam algumas orientações para a escolha do critério de significância das cargas fatoriais:

- a) Quanto maior o tamanho da amostra, menor o valor das cargas fatoriais a serem consideradas significativas;
- b) Quanto maior o número de variáveis a serem incluídas no estudo, menor será o valor das cargas fatoriais para serem consideradas significativas;
- c) Quanto maior o número de fatores, maior o valor da carga em fatores posteriores a serem consideradas significativas para interpretação.

No nosso estudo considerámos o critério “tamanho da amostra” proposto por Hair Jr. et al. (2005) para decisão de quais as cargas a serem consideradas na interpretação fatorial. Os autores propõem que em amostras de 200 indivíduos as cargas fatoriais, para serem significativas, deverão ser superiores a 0,40; e em amostras de 250 indivíduos, deverão ser superiores a 0,35.

Com base neste critério, assumimos no nosso estudo que seriam retidos os itens com cargas fatoriais superiores a 0,40.

Validade discriminante

Dado que não existem valores padronizados para que um item seja considerado discriminativo (Pacheco & Santos, 2014), definimos como critério, que a correlação de cada item com o fator a que pertence (com base na PCA) deverá, no mínimo, ser igual ou superior a 0,20, relativamente à correlação com os outros fatores considerados na análise, de forma a reduzir a escala e aumentar o grau de vinculação de cada item a um único fator.

Comunalidades

Os coeficientes de comunalidade representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos. Por norma, apenas as variáveis com valores de comunalidade superiores a 0,40 devem permanecer na análise (Schawb, 2007, citado por Filho & Júnior, 2010). Logo, variáveis com comunalidade abaixo desse patamar devem ser excluídas e a análise fatorial deve ser realizada novamente. Além disso, baixa comunalidade entre um grupo de variáveis é um indício de que elas não estão linearmente correlacionadas (Filho & Júnior, 2010), ou então, indica a existência de outro fator/componente não devendo, por isso, ser incluídas na análise fatorial.

No nosso estudo considerámos como critério geral excluir da análise as variáveis com valores de comunalidade inferiores a 0,40, excetuando as situações em que as variáveis, apresentando valores inferiores a 0,40, mas superiores a 0,25, sejam consideradas relevantes para o construto, ou então, quando a sua exclusão comprometa significativamente a fidelidade das subescalas a que pertencem.

Validade aparente

A validade aparente, ou seja, a concordância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada é uma técnica simples e subjetiva que avalia se a medida parece de facto medir a variável sob estudo (Gil, 1999), isto é, se o procedimento usado para medir a variável parece ser uma definição operacional correta da variável ou construto teórico.

Este processo, apesar de simples e não sofisticado (porque não se baseia numa construção técnica) deve também ser considerado na construção e validação de qualquer instrumento de medida, sobretudo na escolha das soluções fatoriais finais. Todo o

investigador que constrói um instrumento de medida é um juiz que avalia e decide se o instrumento mede realmente a ou as variáveis que ele quer estudar (Martins, 2006).

A validade aparente, apesar de não ser suficiente para se concluir se uma medida é de facto válida, deve ser analisada, porque, sem indicadores positivos de validade aparente, não terá sentido a avaliação dos outros critérios de validade (Martins, 2006).

Análise do poder discriminante de grupos

No presente estudo foi também verificada a validade de construto recorrendo à técnica dos grupos conhecidos (*Known-groups*). Este método consiste na busca de resultados diferentes quando se aplica um instrumento a grupos com características contrastantes (Polit & Hungler, 1995).

A validade discriminante de grupos (*Known-groups*) foi analisada através da utilização do teste *t* de Student que comparou grupos definidos em função de duas variáveis sociodemográficas.

A análise baseou-se na apreciação do poder discriminativo dos scores obtidos nas quatro subescalas e na análise das diferenças de scores entre grupos distintos, utilizando as variáveis 'género' e 'grupo etário'.

Previamente à análise, a variável 'idade' foi transformada numa variável categorial 'grupo etário', sendo codificada nas categorias: 1 (10 – 14 anos) e 2 (15 – 18 anos).

1.3.2. Análise de fidelidade

A fidelidade, entendida como a capacidade que uma escala tem de obter os mesmos resultados se for aplicada às mesmas pessoas em condições semelhantes, expressa-se pelo coeficiente de correlação, pois mede a consistência entre dois resultados independentes (Ribeiro, 2010). A fidelidade é, pois, um teste que indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças verdadeiras ou reais, das características avaliadas (Anastasi, 1990, citada por Ribeiro, 2010).

A fidelidade de uma estrutura fatorial pode ser analisada com recurso a diversos critérios, dependendo tanto das escolhas do investigador como do desenho do estudo (e.g. transversal, longitudinal, etc.). Dentre os vários critérios apresentados na literatura, o cálculo do coeficiente de consistência interna, por meio do *Alfa de Cronbach*, é o método

mais utilizado em estudos transversais - quando as medições são realizadas em apenas um único momento (Sijtsma, 2009, citado por Damásio 2012).

Entende-se por consistência interna, o grau de coerência e de homogeneidade entre as respostas do sujeito a cada um dos itens de um teste quando aplicado num determinado momento. Por outras palavras, avalia o grau em que a variância do resultado global do teste está associada ao somatório das variâncias item a item (Almeida & Freire, 2000).

O *Alfa de Cronbach*, enquanto indicador de consistência interna, avalia o grau em que os itens de uma matriz de dados estão correlacionados entre si e a precisão do seu conteúdo.

Segundo Pestana e Gageiro (2014), uma muito boa consistência interna é traduzida por um valor de *alfa* de superior a 0,90 sendo que, os valores entre 0,80 e 0,90 são considerados bons, entre 0,70 e 0,80 são razoáveis, entre 0,60 e 0,70 são fracos e, inferiores a estes, são inadmissíveis. De um modo geral consideram-se adequados valores acima de 0,75, embora alguma literatura internacional considere aceitáveis valores inferiores (George & Mallery, 2003, citados por Damásio, 2012; Santos, 1999), podendo ser aceitáveis valores a partir de 0,60, quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Ribeiro, 2010).

No estudo de fidelidade, procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente *Alfa de Cronbach*. Calculou-se também o coeficiente de correlação corrigido entre o resultado do item e o resultado da subescala de forma a perceber como cada um dos itens se relaciona com o todo. Estas correlações são importantes e reveladoras porque fornecem informação sobre cada item de forma individual. Itens que não estão correlacionados podem ser eliminados da medida para aumentar a fidelidade (Martins, 2006).

2. Resultados da aplicação dos critérios psicométricos

Nesta secção serão apresentados os resultados do estudo de avaliação das propriedades psicométricas da MentaHLiS. A análise psicométrica compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na fidelidade e na validade.

Como referido anteriormente, a MentaHLiS é constituída por três escalas, cada uma com 5 subescalas que avaliam dimensões e atributos relevantes do conceito de LSM.

Devido a esta complexidade, a apresentação dos resultados seguirá os princípios definidos e explicitados no enquadramento prévio (cf. Pág. 105) relativamente à forma

como foi utilizada a amostra de participantes em função das escalas e de cada uma das subescalas.

Por outro lado, por questões de organização e facilidade na compreensão, os resultados da análise das propriedades psicométricas serão apresentados de forma separada para cada uma das três escalas. Este facto implica, naturalmente, que os resultados correspondentes às subescalas IV e V, que avaliam as dimensões relacionadas com as *'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda'* e os *'Estilos de vida e comportamentos de saúde'*, se tornem redundantes, sobretudo nas tabelas de apresentação de resultados, já que, em termos da sua análise, ela será feita unicamente na escala MentaHLiS-Depressão.

A versão inicial de cada escala era constituída por um total de 71 itens. Através da ACM, da análise fatorial exploratória e da análise de consistência interna, determinou-se a sua estrutura interna final. Da aplicação dos critérios definidos na metodologia resultou a eliminação de 18 itens na MentaHLiS-Depressão; 23 itens na MentaHLiS-Ansiedade e 24 itens na MentaHLiS-AA.

Dando cumprimento à verificação de um dos pressupostos básicos para a aplicação da análise fatorial, verificou-se a adesão das distribuições à normalidade das variáveis na população utilizando-se os scores totais dos itens retidos na versão final das três escalas, e para o global da amostra, utilizando unicamente os itens das quatro dimensões avaliadas em escalas de tipo *Likert*.

Foram analisados os valores de significância do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) e os valores de assimetria (*Skewness*) e curtose (*Kurtosis*) das variáveis.

Os resultados apresentados na tabela 6 indicam a ausência de distribuição normal, tanto para as três escalas como para o total da amostra ($p < 0,05$), sendo predominante a assimetria negativa. Os valores de assimetria (entre -0,624 e -0,937) e curtose (entre 0,847 e 2,435) indicam a presença de um efeito “teto” moderado, ou seja, uma tendência da escala para apresentar scores elevados. A ausência de normalidade, no entanto, não constitui um problema grave na análise fatorial (Pasquali, 2005), na medida em que esta técnica é razoavelmente robusta a violações desse pressuposto, principalmente em amostras com mais de 200 sujeitos (Hair Jr. et al., 2005). Assim, optou-se por realizar os procedimentos subsequentes, utilizando os dados originais, sem a sua transformação.

Tabela 6. Medidas de tendência central, variabilidade e distribuição dos escore das escalas e do score total do instrumento

	N	Média	DP	Min-Max	Assim.	Curtose	KS	P
Depressão	251	153,7	13,8	89 – 185	- 0,937	2,435	0,068	< 0,05
Ansiedade	251	151,3	13,3	90 – 179	- 0,864	2,327	0,063	< 0,05
Abuso de álcool	255	154,6	13,1	111 – 185	- 0,624	0,847	0,072	< 0,05
Total	757	153,2	13,5	89 – 185	- 0,800	1,864	0,063	< 0,05

2.1. Análise das propriedades psicométricas da MentaHLiS-Depressão

Reconhecimento do problema

Para a análise de validade da primeira subescala '*Reconhecimento do problema*' realizou-se uma análise de correspondências múltiplas. Conforme definido no capítulo de metodologia, para evitar a análise de categorias pouco representativas, consideraram-se unicamente as respostas assinaladas com percentagem de concordância maior que 5%. Para além disso, a seleção das variáveis mais importantes para cada dimensão obedeceu ao critério de análise dos valores da inércia, sendo eliminados os itens com valores de discriminação inferiores à inércia da dimensão.

Inicialmente, por opção metodológica, foi realizada uma extração forçada a cinco dimensões a fim de analisar o comportamento dos valores próprios e da inércia nas múltiplas dimensões. A partir da análise da distribuição dos valores verificou-se que as três primeiras dimensões eram as mais representativas e a partir da dimensão '4' o acréscimo de variância explicada tendia a ser mínimo. Assim, avançámos para uma solução com três dimensões que explica na globalidade 37,53% da variância, conforme se pode observar na tabela de resumo do modelo (Tabela 7).

Tabela 7. Resumo do modelo de ACM da MentaHLiS-Depressão: valores próprios e inércias

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância contabilizada		
		Total (autovalor)	Inércia	% de variância
1	0,671	2,698	0,169	16,859
2	0,481	1,823	0,114	11,392
3	0,348	1,484	0,093	9,274
Total		6,004	0,375	
Média	0,534 ^a	2,001	0,125	12,508

^a. A Média de Alfa de Cronbach tem como base o autovalor médio.

Na tabela 8, para além dos valores do *Alfa de Cronbach* e da percentagem de variância explicada, podemos observar as 16 variáveis retidas e as medidas de discriminação de cada uma nas três dimensões do modelo final.

O valor do *Alfa de Cronbach* permite avaliar a qualidade do ajustamento do modelo, dimensão por dimensão e mostra que as três dimensões têm um bom ajustamento: dimensão 1 (0,671); dimensão 2 (0,481); dimensão 3 (0,348); média com base no autovalor médio (0,534)

Tabela 8. Resultados da aplicação da ACM aos itens do componente ‘reconhecimento da depressão’ (N=251)

MentaHLiS-Depressão	Dimensão		
	1	2	3
P7. Tem mau ambiente em casa	.283	.017	.085
P17. Tem falta de confiança	.261	.164	.062
P11. Tem problemas afetivos	.257	.001	.083
P21. Está revoltado/a	.243	.026	.205
P8. Sofre de Bullying	.219	.020	.003
P23. Está a reagir a uma perda	.216	.034	.021
P5. Está cansado/a de viver	.190	.015	.022
P15. Sofre de stress	.183	.032	.077
P10. Tem um vício	.108	.382	.007
P2. Tem problemas com a bebida	.166	.362	.001
P20. Anda nervoso/a e triste	.118	.259	.033
P6. Tem baixa autoestima	.228	.246	.026
P12. Sofre de ansiedade	.141	.166	.068
P1. Tem uma depressão	.019	.034	.322
P14. Tem um esgotamento	.050	.019	.291
P13. Tem uma doença do sistema nervoso	.016	.048	.178
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.70	1.82	1.48
% de variância explicada	16.86	11.39	9.27
<i>Alfa de Cronbach</i>	.671	.481	.348

Interpretação semântica e nomeação das dimensões

Para a dimensão ‘1’ são particularmente determinantes as variáveis: “Mau ambiente em casa”, “Falta de confiança”, “Problemas afetivos”, “Revolta” e “Bullying”. Esta dimensão aponta para a perceção do problema descrito na vinheta como uma constelação de variáveis (respostas) que combinam fatores pessoais, familiares e sociais, configurando uma ‘visão difusa da perturbação’.

A dimensão ‘2’ contempla as variáveis: “Vício”, “Problemas com a bebida”, “Nervoso/a e triste”, “Baixa autoestima” e “Ansiedade”. Nesta dimensão, as variáveis indicam uma

perceção da perturbação que poderá ser entendida como ‘*Fraqueza de carácter/responsabilidade individual*’.

Finalmente, para a terceira dimensão são determinantes as variáveis “Depressão” e “Esgotamento”. Ambos os rótulos apontam para a perceção do problema como ‘*doença*’.

A “*visão difusa da perturbação*”, a “*fraqueza de carácter/responsabilidade individual*” e a “*doença*” são, portanto, os três eixos temáticos do espaço em análise.

Após a identificação das variáveis mais discriminativas por dimensão, interessa analisar as relações que se estabelecem entre as categorias, pela proximidade que apresentam no gráfico das quantificações e por terem scores do mesmo sinal em cada dimensão (Pestana & Gageiro, 2014). Assim, com o objetivo de atribuir significado à análise, procedeu-se à leitura dos resultados, tendo presentes os traços de discriminação por dimensão, isto é, atendendo à composição interna de cada dimensão.

A partir das quantificações e das contribuições determinadas pela ACM e tendo como referência as variáveis que mais discriminam nas três dimensões, por se afastarem mais da origem e por se distinguirem do comportamento médio, ou seja, daquele que é mais partilhado pelos respondentes, identificaram-se as coordenadas das categorias e as contribuições mais elevadas. Assim, foi possível encontrar associações e oposições entre as categorias das variáveis selecionadas em cada dimensão¹. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Síntese dos quadros de quantificação das categorias da MentaHLIS-Depressão

	Quantificações negativas	N	Quantificações positivas	N	Alfa de Cronbach
Dimensão 1	P7.Mau_ambiente_N	28	P7.Mau_ambiente_S	223	0,671
	P17.Falta_confiança_N	87	P17.Falta_confiança_S	164	
	P11.Problemas_afetivos_N	68	P11.Problemas_afetivos_S	183	
	P21.Revoltado/a_N	48	P21.Revoltado/a_S	203	
	P8.Bullying_N	79	P8.Bullying_S	172	
	P23.Reagir_perda_N	33	P23.Reagir_perda_S	218	
	P5.Cansado/a_viver_N	38	P5.Cansado/a_viver_S	213	
	P15.Stress_N	124	P15.Stress_S	127	
Dimensão 2	P10.Vício_N	20	P10.Vício_S	231	0,481
	P2.Problemas_bebida_N	23	P2.Problemas_bebida_S	228	
	P20.Nervoso/a_triste_S	138	P20.Nervoso/a_triste_N	113	
	P6.Baixa_autoestima_S	112	P6.Baixa_autoestima_N	139	
	P12.Ansiedade_S	74	P12.Ansiedade_N	177	
Dimensão 3	P1.Depressão_N	167	P1.Depressão_S	84	0,348
	P14.Esgotamento_N	71	P14.Esgotamento_S	180	
	P13.Doença do SN_N	36	P13.Doença do SN_S	215	

¹ Fala-se em associações quando as categorias apresentam coordenadas com o mesmo sinal, por outro lado, as oposições são avaliadas a partir das coordenadas com sinais opostos.

As quantificações das categorias de diferentes variáveis aproximam-se umas das outras, caso tenham scores semelhantes. A proximidade entre categorias de variáveis diferentes significa que são partilhadas pelos mesmos objetos ou casos, traduzindo relações de associação, isto é, quantificações do mesmo sinal. Contrariamente, o afastamento entre as categorias traduz relações de afastamento, ou seja, quantificações de sinais contrários (Pestana & Gageiro, 2014).

As variáveis P6, P12 e P20, pertencentes à dimensão '2', são as que apresentam uma associação inversa entre as categorias mais discriminativas e a sua representatividade na amostra.

Assim, a primeira dimensão integra os participantes que percecionam a situação do/a José/Inês como resultante de mau ambiente em casa, falta de confiança, problemas afetivos, revolta, *bullying* e fatores relacionados com perdas, por oposição aos que não percecionam o problema como estando relacionado com estes fatores.

A segunda dimensão associa os participantes que consideram que o/a José/Inês tem um vício e problemas com a bebida, por oposição àqueles que consideram que o/a José/Inês anda nervoso/a e triste, tem problemas de ansiedade e baixa autoestima.

A terceira dimensão engloba os participantes que consideram que o problema do/a José/Inês está relacionado com uma depressão, esgotamento ou doença do sistema nervoso, configurando assim uma situação de doença mental, por oposição aos que consideram que o problema não está relacionado com estes fatores e não traduz uma doença mental.

Nas restantes quatro subescalas, para analisar a validade de construto, realizou-se a análise fatorial de componentes principais com rotação ortogonal *varimax*. Além disso, observaram-se os coeficientes de comunalidade.

Previamente à análise verificou-se a adequação dos dados para análise fatorial através do cálculo do BTS, da medida de KMO e da análise da matriz de correlações anti-imagem.

Em relação à análise fatorial exploratória observaram-se os pré-requisitos para a sua realização. Conforme se observa na tabela 10, as medidas de adequação amostral KMO das quatro subescalas variam entre 0,712 e 0,836, valores muito superiores aos mínimos propostos por Pallant (2007) e Hair Jr. et al. (2005), respetivamente de 0,60 e 0,50.

Os resultados do BTS variam entre 372,01 e 2568,30, ($p < 0,01$), indicando que os dados são adequados para a realização da análise fatorial (Pasquali, 2005).

Tabela 10. Medidas de adequação amostral das subescalas da MentaHLIS-Depressão

Subescalas	KMO	BTS
II – Recursos e opções de ajuda	0,712	487,55*
III – Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	0,744	372,01*
IV – Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	0,777	1422,82*
V – Estilos de vida e comportamentos de saúde	0,836	2568,30*

* $p < 0,01$

Examinando a matriz de correlações anti-imagem, por sua vez, verificou-se que os quadrados das correlações múltiplas (R^2), na sua grande maioria, eram superiores a 0,80 (mínimo = 0,453; máximo = 0,912), o que indica um valor ótimo de relação entre as variáveis para se proceder à análise fatorial (Hair Jr. et al., 2005).

Para cada uma das quatro subescalas foram realizadas extrações sucessivas. A cada extração de fatores foi efetuada uma nova análise fatorial até que todos os itens satisfizessem os critérios previamente definidos.

Recursos e opções de ajuda

A subescala II '*Recursos e opções de ajuda*' foi sujeita a duas extrações, resultando numa solução final com dois fatores que explicam 52,74% da variância total dos resultados da subescala. O primeiro fator designado como '*ajudas formais*' integra os itens 3, 4, 5, 6 e 7, explicando 36,89% da variância. O segundo fator que designámos como '*ajudas informais*' Integra os itens 1, 2 e 8 e explica 15,85% da variância.

Nesta subescala foi retirado o item 9 (*bruxas e ervanárias*) porque, na primeira extração efetuada, apresentou um valor de comunalidade muito baixo ($< 0,250$), mas também porque, após o cálculo do coeficiente *Alfa de Cronbach*, se verificou que a sua manutenção comprometia seriamente a consistência interna da subescala.

Por outro lado, verificou-se que o item 7 (*médico de família*) apresentava diferença entre as cargas fatoriais nas duas dimensões inferior a 0,20. Contudo, ao contrário do anterior, optou-se pela sua manutenção porque, sendo o médico de família um recurso de ajuda próximo e acessível, é importante avaliar até que ponto é percebido pelos adolescentes como uma ajuda importante para as situações de doença ou sofrimento psicológico. Este item foi incluído no fator '*ajudas formais*' por ser aquele em que apresentava maior carga fatorial, mas também por adequação ao construto.

Foram mantidos os itens 2 e 3 com valores de comunalidade ligeiramente inferiores a 0,40. A decisão pela sua manutenção é justificada pelo facto de que ambos apresentam valores próximos do limite definido e porque a sua remoção diminuiria de forma importante a consistência interna da subescala, bem como das dimensões a que pertencem. Para além disso, o item 2 (*familiares*) é fundamental enquanto recurso de ajuda informal.

Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda

A subescala III '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*' foi sujeita a duas extrações. Na primeira emergiram três fatores, no entanto verificou-se que os itens 8 (*Continuar a tratá-lo/a como se ela/ele não tivesse qualquer tipo de problema*) e 9 (*Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas*) apresentavam correlações negativas fortes com a restante subescala. Além disso, estes dois itens reduziam significativamente a consistência interna da subescala, motivo pelo qual foram excluídos. Também o item 5 (*Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança*) foi retirado por apresentar correlações com o fator inferiores a 0,40 e porque se revelou como um item híbrido, apresentando cargas fatoriais de magnitudes semelhantes (diferenças inferiores a 0,1) nos três fatores.

Após a remoção dos três itens (5, 8 e 9) foi realizada uma nova extração, emergindo uma solução com dois fatores que, em conjunto, explicam 57,51% da variância. A solução encontrada mostrou-se claramente mais interpretável e ajustada ao construto teórico.

O primeiro fator que designámos como '*encaminhamento ativo*' é constituído pelos itens 3, 6, 7 e 10 e explica 39,51% da variância. O segundo fator '*apoio social e encaminhamento passivo*' integra os itens 1, 2 e 4, explicando 18,00% da variância da subescala.

Nesta subescala, o item 3 apresenta valores de comunalidade inferiores a 0,40. Contudo, à semelhança do que aconteceu com os itens 2 e 3 da subescala anterior, e pelas mesmas razões, decidiu-se pela sua manutenção.

Barreira e facilitadores na procura de ajuda

A subescala IV '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*' foi sujeita a várias extrações sucessivas com o objetivo de identificar a sua estrutura interna, tanto forçando a extração a um número de fatores fixo como através dos *eigenvalues*. A análise dos resultados permitiu verificar que a estrutura fatorial mais interpretável e coerente com o

construto teórico seria uma solução com três fatores que, em conjunto, explicam 52,66% da variância.

O primeiro fator '*estigma e preconceito*' é composto pelos itens 8, 15, 16, e 17 e explica 28,09% da variância. O segundo fator que designámos como '*apoio social*' integra os itens 1, 3, 4 e 5 e explica 13,57% da variância. Finalmente, o terceiro fator '*confidencialidade*' integra os itens 6, 7 e 9, explicando 11,00% da variância.

Nesta subescala foram eliminados 6 itens (2, 10, 11, 12, 13 e 14) por apresentarem valores de discriminação inferiores a 0,40 e por apresentarem cargas fatoriais de magnitudes semelhantes (diferenças inferiores a 0,2) em mais do que um fator, não discriminando em nenhum. Por outro lado, os itens 2, 11, 12 e 14 apresentavam também valores de comunalidade muito baixos, ($< 0,250$).

À semelhança das duas subescalas anteriores, também nesta subescala optámos pela manutenção de dois itens (1 e 8) com valores de comunalidade ligeiramente inferiores ao limite indicado (0,40). A remoção destes dois itens iria comprometer seriamente a consistência interna da subescala que passaria de um valor aceitável (0,718) para um valor inferior a 0,60, considerado inadmissível (Pestana & Gageiro, 2014).

Crenças sobre estilos de vida e comportamentos de saúde

Finalmente, a subescala V '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*' foi sujeita a uma única extração da qual resultou uma estrutura interna perfeitamente definida, interpretável e coerente com o construto teórico. A solução final de três fatores explica 60,37% da variância total. O primeiro fator '*apoio social e imagem positiva*' engloba os itens 4, 5, 6, 7 e 8 e explica 37,79% da variância da subescala. O segundo fator, '*promoção da saúde física e mental*' é composto pelos itens 1, 2 e 3 e explica 13,14% da variância. Por fim, o terceiro fator que designámos como '*prevenção de comportamentos de risco*' integra os itens 9, 10 e 11 e explica 9,44% da variância total da subescala.

A análise da validade de construto resultou numa solução final com quatro subescalas, dez dimensões e 37 itens com cargas fatoriais superiores a 0,40 e coeficiente de comunalidade (h^2) com valores compreendidos entre 0,356 e 0,779, sendo o valor médio para cada item de 0,560, o que, segundo os parâmetros definidos anteriormente, é considerado um valor aceitável.

Na Tabela 11 observa-se a configuração final para o agrupamento dos itens em cada um dos fatores das quatro subescalas.

Tabela 11. Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax. Inclui valores próprios (*eigenvalues*); % da variância explicada; % de variância acumulada e coeficiente de comunalidade.

Subescalas	F1	F2	F3	h ²
II - 'Recursos e opções de ajuda' ^(a)				
1. Amigos de confiança	-.200	.763		.621
2. Familiares (pais, irmãos)	.131	.493		.360
3. Grupos de autoajuda	.587	.104		.356
4. Psicólogo	.812	.029		.659
5. Psiquiatra	.837	.004		.700
6. Enfermeiro especializado	.693	.268		.552
7. Médico de família	.582	.560		.652
8. Professores	.239	.601		.419
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.951	1.268		
% Variância explicada	36.89	15.85		
III - 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' ^(b)				
1. Dar-lhe apoio e animá-lo/a	.123	.735		.555
2. Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	.035	.827		.684
3. Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	.560	.250		.376
4. Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	.295	.674		.541
6. Falar com os familiares para que estejam mais atentos	.673	.331		.562
7. Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	.769	.053		.593
10. Encaminhá-lo/a para o médico de família	.844	.016		.713
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.766	1.260		
% Variância explicada	39.51	18.00		
IV - 'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ^(c)				
1. Ter apoio social (pais e amigos)	.172	.571	-.109	.368
3. Ter alguém que vá comigo	.031	.797	.065	.641
4. Ter coragem	.300	.618	.145	.493
5. Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	.150	.567	.251	.407
6. Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	-.149	.028	.807	.674
7. Ter a certeza que ninguém me vai julgar	.143	.179	.716	.565
8. Não ter medo do julgamento dos outros	.551	.149	.240	.383
9. Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	.334	.002	.638	.519
15. Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	.785	.039	.110	.630
16. Não ter medo das consequências	.741	.141	.047	.571
17. Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	.667	.301	-.095	.544
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	3.090	1.493	1.211	
% Variância explicada	28.09	13.57	11.00	
V - 'Estilos de vida e comportamentos de saúde' ^(d)				
1. Manter hábitos alimentares adequados	.138	.858	.156	.779
2. Manter exercício físico regular	.230	.822	.123	.744
3. Manter hábitos de sono regulares	.299	.641	.112	.513
4. Convívio frequente com os amigos	.745	.180	-.063	.591
5. Ter boa relação com os familiares	.648	.361	.116	.563
6. Ter sucesso escolar	.661	.176	.258	.535
7. Ter uma autoestima positiva	.686	.292	.158	.580
8. Promover uma boa imagem corporal	.596	.033	.184	.400
9. Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	.107	.134	.805	.677
10. Prevenir o risco de acidentes	.244	.205	.678	.562
11. Não ter sexo antes da idade	.083	.048	.835	.706
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	4.156	1.445	1.039	
% Variância explicada	37.79	13.14	9.44	

a) (n = 251); Cronbach's α = 0,738; % de variância acumulada – 52,74%

b) (n = 251); Cronbach's α = 0,737; % de variância acumulada – 57,51%

c) (n = 757); Cronbach's α = 0,718; % de variância acumulada – 52,66%

d) (n = 757); Cronbach's α = 0,811; % de variância acumulada – 60,37%

Na Tabela 12 podemos observar as estatísticas descritivas das dimensões das quatro subescalas, com o número de itens variando de três a cinco e coeficientes de correlação média entre os itens, variando de 0,144 a 0,518, valores significativamente diferentes de zero ($p < 0,001$). Estes valores indicam que os itens de cada dimensão têm um nível de relação bem estabelecido entre si.

As estatísticas descritivas: mínimo, máximo, média e desvio padrão da pontuação total em cada dimensão contribuem para uma melhor caracterização de cada uma delas, como indicadores de LSM.

Tabela 12. Estatísticas descritivas e correlação média entre os itens das subescalas que compõem a MentaHLiS-Depressão

Subescalas/fatores	Nº Itens	Observado		\bar{x}	DP	Correlação média entre itens
		Min.	Max.			
Recursos e opções de ajuda						
1.Ajudas formais	5	5	25	19,90	3,03	0,423*
2.Ajudas informais	3	9	15	12,56	1,33	0,144*
Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda						
1.Encaminhamento ativo	4	8	20	15,86	2,60	0,386*
2.Apoio social e encaminhamento passivo	3	7	15	13,80	1,41	0,386*
Barreiras e facilitadores na procura de ajuda						
1.Estigma e preconceito	4	4	20	16,64	2,45	0,361*
2.Determinação e apoio social	4	7	20	16,94	2,16	0,264*
3.Confidencialidade	3	3	15	10,83	2,55	0,342*
Estilos de vida e comportamentos de saúde						
1.Apoio social e imagem positiva	5	8	25	21,84	2,69	0,386*
2.Promoção da saúde física e mental	3	3	15	13,52	1,71	0,518*
3.Prevenção de comportamentos de risco	3	3	15	12,08	2,65	0,471*
Escala total	37					

* $p < 0,01$

Correlação entre as subescalas da MentaHLiS-Depressão

Na análise das correlações entre as subescalas da MentaHLiS-Depressão foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, usando a soma das pontuações obtidas em cada uma das quatro subescalas.

Pela análise da tabela 13, verificamos a existência de correlações positivas fracas/moderadas entre as quatro subescalas. O valor mais baixo obteve-se na correlação entre as subescalas II - '*Recursos e opções de ajuda*' e IV - '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*' ($r = 0,327$) e o valor mais elevado ($r = 0,537$) foi obtido entre as subescalas III - '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*' e V - '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*'. A associação significativa existente entre as

subescalas mostra que, de acordo com o modelo teórico subjacente ao instrumento, as quatro são constituintes do construto de LSM.

Tabela 13. Matriz de correlações entre as subescalas da MentaHLiS-Depressão

Subescalas da MentaHLiS-Depressão	II	III	IV	V
II - Recursos e opções de ajuda	1	0,448*	0,327*	0,358*
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda		1	0,456*	0,537*
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda			1	0,405*
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde				1

* $p < 0,01$

Análise do poder discriminante de grupos na MentaHLiS-Depressão

A análise do poder discriminativo da escala baseou-se nos scores obtidos e na análise das suas diferenças entre grupos distintos, segundo duas variáveis sociodemográficas.

Realizou-se o teste t para amostras independentes, utilizando as variáveis 'género' e 'grupo etário', sendo a segunda previamente transformada numa variável categorial, conforme referido anteriormente (cf. Pág. 117).

A tabela 14 mostra os valores das estatísticas-resumo, obtidos para cada uma das subescalas, em função das duas variáveis e os testes de diferença de scores entre grupos.

Os resultados do teste t para amostras independentes revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas quatro subescalas: II - '*Recursos e opções de ajuda*', ($t_{(249)} = -2,097$; $p < 0,05$); III - '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*' ($t_{(249)} = -2,245$; $p < 0,05$); IV - '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*' ($t_{(755)} = -5,070$; $p < 0,01$); e V - '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*' ($t_{(755)} = -3,360$; $p < 0,01$). Nas quatro subescalas, as médias de pontuação obtidas pelo grupo feminino foram superiores.

Relativamente à variável 'grupo etário', o grupo de participantes mais jovens (10-14 anos) apresentou médias mais elevadas ($\bar{x} = 48,13$) do que o grupo de participantes mais velhos ($\bar{x} = 46,67$), no que respeita à subescala V - '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*' ($t_{(755)} = 3,634$; $p < 0,01$). Nas restantes três subescalas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 14. Testes de diferença de scores entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas (MentaHLiS-Depressão).

Subescalas: MentaHLiS-Depressão		Género	\bar{x}	DP	t	p
II - Recursos e opções de ajuda	Masculino		31,88	4,33	-2,097	.037
	Feminino		32,90	3,03		
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	Masculino		29,11	3,78	-2,245	.026
	Feminino		30,11	3,04		
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	Masculino		43,26	5,68	-5,070	.000
	Feminino		45,18	4,70		
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde	Masculino		46,63	6,16	-3,360	.001
	Feminino		48,00	4,99		
Grupo etário						
II - Recursos e opções de ajuda	10 - 14		32,73	3,63	1,218	.225
	15 - 18		32,17	3,73		
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	10 - 14		29,98	3,33	1,484	.144
	15 - 18		29,35	3,49		
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	10 - 14		44,58	5,28	0,965	.335
	15 - 18		44,21	5,10		
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde	10 - 14		48,13	5,42	3,634	.000
	15 - 18		46,67	5,57		

Os resultados aqui apresentados reforçam a hipótese de que a MentaHLiS-Depressão apresenta poder discriminativo, sendo sensível a diferenças de género e grupo etário. Na sua maioria, os scores mostraram ser sensíveis às variáveis sociodemográficas estudadas.

Análise de fidelidade

No estudo de fidelidade verificou-se a consistência dos fatores das quatro subescalas, seguindo as recomendações de Pasquali (2005). Para tal procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente *Alfa de Cronbach*. Calculou-se também o coeficiente de correlação corrigido entre o resultado do item e o resultado da subescala de forma a perceber como cada um dos itens se relaciona com o todo.

A Tabela 15 apresenta as quatro subescalas, destacando os itens que as constituem, os coeficientes *alfa* se o item for excluído, a correlação item-total corrigido, e ainda a média e desvio padrão das pontuações obtidas em cada item.

De um modo geral, os itens apresentam correlações moderadas e altas com o score total das subescalas, verificando-se que a exclusão de itens, em 34 dos 37 casos analisados, não contribuiria significativamente para a elevação do coeficiente *alfa* do teste.

Excetuam-se três situações: itens 1 e 2 da subescala II e o item 6 da subescala IV. Nas três situações optou-se pela sua manutenção. A eliminação dos itens 1 (amigos de confiança) e 2 (familiares) da subescala II iria extinguir uma das dimensões fundamentais

descritas de forma transversal na literatura internacional (ajudas informais), como sendo um dos recursos de ajuda utilizados com maior frequência pelos adolescentes.

Tabela 15. Análise da consistência interna dos itens dos fatores da MentaHLIS-Depressão. Inclui correlação item – total corrigido e valor do *alfa* se o item for excluído

II - 'Recursos e opções de ajuda' ($\alpha = .738$)	\bar{x}	DP	Correlação Item – total corrigido	α se o item for excluído
1.Amigos de confiança	4.49	.615	.123	(.758)
2.Familiares (pais, irmãos)	4.65	.605	.243	(.741)
3.Grupos de autoajuda	4.14	.849	.410	.716
4.Psicólogo	4.37	.771	.557	.686
5.Psiquiatra	4.03	.860	.500	.685
6.Enfermeiro especializado	3.71	.800	.560	.684
7.Médico de família	3.65	.851	.626	.668
8.Professores	3.43	.799	.341	.729
III - 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' ($\alpha = .737$)				
1.Dar-lhe apoio e animá-lo/a	4.61	.585	.368	.723
2.Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	4.69	.545	.356	.726
3.Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	4.23	.810	.427	.711
4.Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	4.51	.712	.458	.704
6.Falar com os familiares para que estejam mais atentos	4.35	.752	.576	.677
7.Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	3.56	.955	.480	.700
10.Encaminhá-lo/a para o médico de família	3.73	1.00	.526	.689
IV - 'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ($\alpha = .718$)				
1.Ter apoio social (pais e amigos)	4.54	.686	.259	.711
3.Ter alguém que vá comigo	3.95	.922	.262	.705
4.Ter coragem	4.40	.766	.453	.688
5.Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	4.05	.828	.389	.695
6.Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	3.03	1.23	.206	(.732)
7.Ter a certeza que ninguém me vai julgar	3.75	1.19	.431	.689
8.Não ter medo do julgamento dos outros	4.09	.966	.405	.691
9.Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	4.04	.954	.444	.691
15.Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	4.00	.808	.438	.690
16.Não ter medo das consequências	4.08	.846	.405	.691
17.Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	4.47	.787	.390	.695
V - 'Estilos de vida e comportamentos de saúde' ($\alpha = .811$)				
1.Manter hábitos alimentares adequados	4.52	.691	.521	.793
2.Manter exercício físico regular	4.49	.685	.547	.791
3.Manter hábitos de sono regulares	4.52	.704	.480	.796
4.Convívio frequente com os amigos	4.45	.710	.417	.801
5.Ter boa relação com os familiares	4.68	.630	.552	.792
6.Ter sucesso escolar	4.29	.819	.549	.789
7.Ter uma autoestima positiva	4.56	.665	.567	.790
8.Promover uma boa imagem corporal	4.87	.967	.390	.805
9.Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	4.30	1.12	.467	.800
10.Prevenir o risco de acidentes	4.22	.925	.534	.789
11.Não ter sexo antes da idade	3.56	1.24	.420	.809

A exclusão do item 6 da subescala IV iria reduzir de três para dois o número de itens da dimensão ‘confidencialidade’, originando uma diminuição significativa da sua consistência interna. Nos três casos, os ganhos em termos de fidelidade das subescalas seriam pouco significativos.

Além disso, a análise de consistência interna das quatro subescalas resultou em valores de *alfa* > 0,700, considerados razoáveis por Pestana e Gageiro (2014), sendo que o mais robusto foi o da subescala ‘*Estilos de vida e comportamentos de saúde*’ (0,811).

2.2. Análise das propriedades psicométricas da MentaHLiS-Ansiedade

Reconhecimento do problema

A MentaHLiS-Ansiedade, à semelhança da sua equivalente para a depressão, é composta por cinco subescalas.

Relativamente à primeira subescala ‘*Reconhecimento do problema*’, considerando os critérios definidos: respostas com percentagem de concordância superior a 5%; e itens com valores de discriminação superiores à inércia da dimensão, a ACM revelou a existência de dois componentes que explicam na totalidade 42,95% da variância.

Como referido anteriormente (cf. Pág. 120), inicialmente realizou-se uma extração forçada a cinco dimensões e observou-se o comportamento dos valores próprios e da inércia. A partir da análise da distribuição dos valores verificou-se que as duas primeiras dimensões eram as mais representativas. Os valores próprios e os valores da inércia encontram-se na tabela de resumo do modelo (Tabela 16).

Tabela 16. Resumo do modelo de ACM da MentaHLiS-Ansiedade: valores próprios e inércias

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância contabilizada		
		Total (autovalor)	Inércia	% de variância
1	0,683	2,639	0,240	23,992
2	0,572	2,085	0,190	18,955
Total		4,724	0,429	
Média	0,634 ^a	2,362	0,215	21,474

^a A Média de Alfa de Cronbach tem como base o autovalor médio.

Na tabela 17 podemos observar como se distribuem as onze variáveis em cada uma das duas dimensões resultantes da análise. Podemos ainda observar as medidas de discriminação, os valores do Alfa de Cronbach e as percentagens de variância explicada.

Os valores do *Alfa de Cronbach* mostram que o modelo apresenta um bom ajustamento: dimensão 1 (0,683); dimensão 2 (0,572), média com base no autovalor médio (0,634)

Tabela 17. Resultados da aplicação da ACM aos itens do componente ‘reconhecimento da ansiedade’ (N=251)

MentaHLIS-Ansiedade		Dimensão	
		1	2
P3.	Tem cancro	.570	.104
P2.	Tem problemas com a bebida	.428	.035
P16.	Tem um distúrbio alimentar	.389	.115
P5.	Está cansado/a de viver	.375	.047
P23.	Está a reagir a uma perda	.332	.096
P15.	Sofre de stress	.024	.346
P17.	Tem falta de confiança	.121	.319
P20.	Anda nervoso/a e triste	.041	.305
P12.	Sofre de ansiedade	.055	.268
P19.	Tem problemas de adaptação	.133	.228
P6.	Tem baixa autoestima	.171	.222
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)		2.64	2.09
% de variância explicada		23.99	18.96
<i>Alfa de Cronbach</i>		.683	.572

Interpretação semântica e nomeação das dimensões

Para a dimensão ‘1’ são particularmente determinantes as variáveis: “Cancro”, “Problemas com a bebida”, “Distúrbio alimentar”, “Cansado/a de viver” e “Reação a uma perda”. Esta dimensão, ao agregar respostas que combinam variáveis semanticamente distintas e enquadradas em fatores que vão desde a atribuição orgânica/biológica para a origem dos sintomas, até explicações de cariz psicológico, configura um ‘desconhecimento/visão difusa da perturbação’ expressa na vinheta.

A dimensão ‘2’ contempla, entre outras, as variáveis: “Stress”, “Falta de confiança”, “Baixa autoestima” e “Ansiedade”. Nesta dimensão, a associação existente entre os rótulos indica uma perceção do problema expresso na vinheta como configurando problemas de saúde mental ou ‘doença’, sendo esta associada e/ou explicada por fatores pessoais de fragilidade ou fraqueza de carácter.

O “desconhecimento/visão difusa da perturbação” e a “doença” são, portanto, os dois eixos temáticos do espaço em análise.

De seguida, a partir das quantificações das categorias e das contribuições determinadas pela ACM, tendo como referência as variáveis que mais discriminam nas duas dimensões, identificaram-se as associações e oposições entre as categorias das variáveis selecionadas em cada dimensão.

Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 18.

Tabela 18. Síntese dos quadros de quantificação das categorias da MentaHLiS-Ansiedade

	Quantificações negativas	N	Quantificações positivas	N	Alfa de Cronbach
Dimensão 1	P3.Cancro_N	248	P3.Cancro_S	3	0,683
	P2.Problemas_bebida_N	240	P2.Problemas_bebida_S	11	
	P16.Distúrbio_alimentar_N	246	P16.Distúrbio_alimentar_S	5	
	P5.Cansado/a_viver_N	241	P5.Cansado/a_viver_S	10	
	P23.Reagir_perda_N	235	P23.Reagir_perda_S	15	
Dimensão 2	P15.Stress_N	124	P15.Stress_S	127	0,572
	P17.Falta_confiança_N	63	P17.Falta_confiança_S	188	
	P20.Nervoso/a_triste_N	134	P20.Nervoso/a_triste_S	117	
	P12.Ansiedade_N	69	P12.Ansiedade_S	182	
	P19.Prob_adaptação_N	93	P19.Prob_adaptação_S	158	
	P6.Baixa_autoestima_N	98	P6.Baixa_autoestima_S	153	

Nesta subescala não existem variáveis com associação inversa entre as categorias mais discriminativas e a sua representatividade na amostra.

Assim, a dimensão '1' integra os participantes que percecionam a situação do/a Tiago/Susana como estando associada a cancro, a problemas com a bebida, a um distúrbio alimentar, a reação a uma perda ou ainda ao facto de estar cansado/a de viver, por oposição aos que não percecionam o problema como estando relacionado com estes fatores. Importa, no entanto, considerar que no primeiro grupo, todas as variáveis são muito menos discriminativas do que no segundo grupo. Também as frequências de resposta do primeiro grupo são muito mais baixas do que as do segundo grupo, correspondendo em média, a cerca de 15% dos participantes. Assim, esta será uma categoria pouco representativa ou mesmo aberrante (Pestana & Gageiro, 2014).

A dimensão '2' associa os participantes que consideram que o/a Tiago/Susana tem stress, falta de confiança, ansiedade, baixa autoestima e problemas de adaptação, configurando assim uma situação que remete para um problema de saúde mental, por oposição àqueles que consideram que o problema não está relacionado com estes fatores, logo não traduzindo um problema de saúde mental.

Nas restantes quatro subescalas, a validade de construto foi verificada através da PCA com rotação ortogonal *varimax*, observando-se também os coeficientes de comunalidade. Inicialmente verificaram-se os pré-requisitos para a utilização da análise fatorial. Verificou-se a factorabilidade da matriz gerada através do cálculo do BTS, da medida de KMO, complementados com a análise da diagonal da matriz de correlações anti-imagem.

Conforme se observa na tabela 19, as medidas de adequação amostral KMO variam entre 0,711 e 0,836 e os resultados do BTS variam entre 1422,82 e 2568,30, ($p < 0,01$), indicando que os dados são adequados para a realização da análise fatorial (Hair Jr. et al., 2005; Pasquali, 2005).

Tabela 19. Medidas de adequação amostral das subescalas da MentaHLiS-Ansiedade

Subescalas	KMO	BTS
II – Recursos e opções de ajuda	0,711	405,78*
III – Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	0,737	330,09*
IV – Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	0,777	1422,82*
V – Estilos de vida e comportamentos de saúde	0,836	2568,30*

* $p < 0,01$

A matriz de correlações anti-imagem, por sua vez, revelou valores de R^2 , na sua grande maioria, superiores a 0,80, (min. = 0,573; max. = 0,905) indicando um valor ótimo de relação entre as variáveis para realizar a análise fatorial (Hair Jr. et al., 2005).

Recursos e opções de ajuda

Para definição da estrutura fatorial final da subescala '*Recursos e opções de ajuda*' realizaram-se duas extrações sucessivas. A primeira, realizada com a totalidade dos itens, revelou uma solução com dois fatores, contudo, o item 9 (*bruxas e ervanárias*) não cumpria os critérios previamente definidos, apresentando um valor de comunalidade muito baixo ($< 0,250$). Por outro lado, após o cálculo do *Alfa de Cronbach*, verificou-se que a sua manutenção prejudicava a consistência interna da subescala, pelo que foi excluído.

Por outro lado, verificou-se que os itens 3 (*grupos de autoajuda*) e 8 (*professores*) apresentavam diferença entre as cargas fatoriais nas duas dimensões inferior a 0,20. O item 3 apresentava também um valor de comunalidade inferior a 0,40. Contudo, ao contrário do que aconteceu com o item 9, optou-se pela sua manutenção, tendo sido incluídos nas dimensões onde apresentavam maior carga fatorial. Esta decisão justificava-se porque ambos os itens apresentam valores próximos do limite indicado e já com algum poder discriminatório, e porque a sua remoção teria consequências graves ao nível da fidelidade da subescala. Por outro lado, sendo os professores um dos recursos de ajuda de maior proximidade e acessibilidade para os adolescentes a experienciar problemas de saúde mental, deverá ser incentivada a sua procura. Os grupos de autoajuda, partindo do pressuposto de que a identificação e partilha de experiências entre pessoas com

problemas semelhantes tem uma grande eficácia terapêutica (Loeck, 2009), são um recurso acessível e bem aceite pelos adolescentes.

A segunda extração, realizada com os restantes oito itens, traduziu-se numa solução final com duas dimensões que, em conjunto, explicam 50,62% da variância total da subescala.

O primeiro fator designado como *'ajudas formais'* integra os itens 3, 4, 5, 6 e 7, explicando 35,15% da variância. O segundo fator que designámos como *'ajudas informais'* integra os itens 1, 2 e 8 e explica 15,47% da variância.

Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda

A subescala III *'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda'* foi sujeita a quatro extrações. Na primeira emergiram três fatores, no entanto verificou-se que o item 9 (*Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas*) apresentava correlações negativas fortes com a restante subescala, e o item 5 (*Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança*), apesar de apresentar correlações superiores a 0,40, revelou ser um item híbrido, apresentando cargas fatoriais de magnitudes semelhantes (diferenças inferiores a 0,1) nos três fatores. Para além disso, a manutenção destes itens comprometia significativamente a consistência interna da subescala, pelo que foram excluídos.

A segunda extração resultou novamente numa solução com 3 fatores. Verificou-se que o item 8 (*Continuar a tratá-lo/a como se ele/ela não tivesse qualquer tipo de problema*) constituía, por si só, a dimensão 3 pelo que se realizou nova extração forçada a dois fatores. Nesta solução verificou-se que o item 8 apresentava valores baixos de comunalidade (0,182) e de correlação com o fator (0,366) pelo que foi excluído.

Após a remoção dos 3 itens (5, 8 e 9) realizou-se a extração final, tendo emergido uma solução claramente mais interpretável, revelando a existência de dois fatores que, em conjunto, explicam 55,67% da variância. O primeiro fator que designámos como *'encaminhamento ativo'* é constituído pelos itens 3, 6, 7 e 10 e explica 37,69% da variância. O segundo fator *'apoio social e encaminhamento passivo'* integra os itens 1, 2 e 4, explicando 17,98% da variância da subescala.

As subescalas IV *'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda'* e V *'Estilos de vida e comportamentos de saúde'* foram sujeitas a análise detalhada no ponto 2.1 deste capítulo.

Na Tabela 20 observa-se a configuração final para o agrupamento dos itens em cada um dos fatores das quatro subescalas.

Tabela 20. Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax. Inclui valores próprios (*eigenvalues*); % da variância explicada; % de variância acumulada e coeficiente de comunalidade.

Subescalas	F1	F2	F3	h ²
II - 'Recursos e opções de ajuda' ^(a)				
1.Amigos de confiança	-.304	.688		.566
2.Familiares (pais, irmãos)	.204	.653		.468
3.Grupos de autoajuda	.439	.343		.311
4.Psicólogo	.729	-.010		.532
5.Psiquiatra	.775	-.160		.626
6.Enfermeiro especializado	.712	.228		.559
7.Médico de família	.684	.340		.584
8.Professores	.407	.489		.404
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.812	1.238		
% Variância explicada	35.15	15.47		
III - 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' ^(b)				
1.Dar-lhe apoio e animá-lo/a	.049	.875		.768
2.Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	.092	.843		.719
3.Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	.639	.142		.428
4.Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	.356	.525		.483
6.Falar com os familiares para que estejam mais atentos	.527	.325		.400
7.Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	.726	-.048		.530
10.Encaminhá-lo/a para o médico de família	.746	.121		.572
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.638	1.259		
% Variância explicada	37.69	17.98		
IV - 'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ^(c)				
1.Ter apoio social (pais e amigos)	.172	.571	-.109	.368
3.Ter alguém que vá comigo	.031	.797	.065	.641
4.Ter coragem	.300	.618	.145	.493
5.Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	.150	.567	.251	.407
6.Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	-.149	.028	.807	.674
7.Ter a certeza que ninguém me vai julgar	.143	.179	.716	.565
8.Não ter medo do julgamento dos outros	.551	.149	.240	.383
9.Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	.334	.002	.638	.519
15.Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	.785	.039	.110	.630
16.Não ter medo das consequências	.741	.141	.047	.571
17.Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	.667	.301	-.095	.544
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	3.090	1.493	1.211	
% Variância explicada	28.09	13.57	11.00	
V - 'Estilos de vida e comportamentos de saúde' ^(d)				
1.Manter hábitos alimentares adequados	.138	.858	.156	.779
2.Manter exercício físico regular	.230	.822	.123	.744
3.Manter hábitos de sono regulares	.299	.641	.112	.513
4.Convívio frequente com os amigos	.745	.180	-.063	.591
5.Ter boa relação com os familiares	.648	.361	.116	.563
6.Ter sucesso escolar	.661	.176	.258	.535
7.Ter uma autoestima positiva	.686	.292	.158	.580
8.Promover uma boa imagem corporal	.596	.033	.184	.400
9.Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	.107	.134	.805	.677
10.Prevenir o risco de acidentes	.244	.205	.678	.562
11.Não ter sexo antes da idade	.083	.048	.835	.706
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	4.156	1.445	1.039	
% Variância explicada	37.79	13.14	9.44	

a) (n = 251); Cronbach's α = 0,705; % de variância acumulada – 50,62%

b) (n = 251); Cronbach's α = 0,708; % de variância acumulada – 55,67%

c) (n = 757); Cronbach's α = 0,718; % de variância acumulada – 52,66%

d) (n = 757); Cronbach's α = 0,811; % de variância acumulada – 60,37%

Na Tabela 21 podemos observar as estatísticas descritivas das dimensões das quatro subescalas que compõem a MentaHLiS-Ansiedade.

O número de itens das diversas dimensões das quatro subescalas varia de três a cinco e os coeficientes de correlação média entre os itens estão compreendidos entre 0,139 e 0,518. Estes valores são significativamente diferentes de zero ($p < 0,01$) e indicam que os itens de cada dimensão têm um nível de relação bem estabelecido entre si.

As estatísticas descritivas: mínimo, máximo, média e desvio padrão da pontuação total em cada dimensão contribuem para uma melhor caracterização de cada uma delas, como indicadores de LSM.

Tabela 21. Estatísticas descritivas e correlação média entre os itens das subescalas que compõem a MentaHLiS-Ansiedade

Subescalas/fatores	Nº Itens	Observado		\bar{x}	DP	Correlação média entre itens
		Min.	Max.			
Recursos e opções de ajuda						
1.Ajudas formais	5	6	25	19,00	3,15	0,361*
2.Ajudas informais	3	8	15	12,57	1,53	0,139*
Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda						
1.Encaminhamento ativo	4	5	20	15,08	2,62	0,295*
2.Apoio social e encaminhamento passivo	3	6	15	13,59	1,58	0,433*
Barreiras e facilitadores na procura de ajuda						
1.Estigma e preconceito	4	4	20	16,64	2,45	0,361*
2.Determinação e apoio social	4	7	20	16,94	2,16	0,264*
3.Confidencialidade	3	3	15	10,83	2,55	0,342*
Estilos de vida e comportamentos de saúde						
1.Apoio social e imagem positiva	5	8	25	21,84	2,69	0,386*
2.Promoção da saúde física e mental	3	3	15	13,52	1,71	0,518*
3.Prevenção de comportamentos de risco	3	3	15	12,08	2,65	0,471*
Escala total	37					

* $p < 0,01$

Correlação entre as subescalas da MentaHLiS-Ansiedade

As correlações entre as subescalas da MentaHLiS-Ansiedade foram verificadas através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, utilizando-se os scores totais das quatro subescalas.

Na tabela 22 podem ser observados os valores obtidos, que nos mostram a existência de correlações positivas fracas/moderadas entre as quatro subescalas. O valor mais baixo obteve-se na correlação entre as subescalas II - '*Recursos e opções de ajuda*' e IV - '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*' ($r = 0,209$) e o valor mais elevado ($r = 0,456$) foi obtido entre as subescalas III - '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*' e V - '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*'. A associação significativa

existente entre as subescalas mostra que o modelo teórico subjacente ao instrumento as considera como constituintes do construto de LSM.

Tabela 22. Matriz de correlações entre as subescalas da MentaHLiS-Ansiedade

Subescalas da MentaHLiS-Ansiedade	II	III	IV	V
II - Recursos e opções de ajuda	1	0,404*	0,209*	0,218*
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda		1	0,445*	0,456*
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda			1	0,428*
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde				1

* $p < 0,01$

Análise do poder discriminante de grupos na MentaHLiS-Ansiedade

Para verificar o poder discriminativo da escala utilizaram-se os scores totais obtidos nas quatro subescalas, analisando-se a diferença das médias entre grupos, em função das variáveis 'género' e 'grupo etário', recorrendo ao teste t para amostras independentes.

A tabela 23 mostra os valores das estatísticas-resumo, obtidas para cada uma das subescalas, em função das variáveis 'género' e 'grupo etário' e os testes de diferença de scores entre grupos

Conforme verificámos nos resultados da MentaHLiS-Depressão (cf. Pág. 129), o teste t para amostras independentes revela diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas subescalas: IV – '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*' ($t_{(755)} = -5,070$; $p < 0,01$); e V – '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*' ($t_{(755)} = -3,360$; $p < 0,01$), com o grupo feminino a obter médias de pontuação superiores.

Nas outras duas subescalas, específicas da MentaHLiS-Ansiedade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros, relativamente às médias dos scores obtidos.

Na variável 'grupo etário', o grupo de participantes mais jovens (10-14 anos) apresenta médias significativamente mais elevadas ($\bar{x} = 29,13$), do que o grupo de participantes mais velhos ($\bar{x} = 28,12$), no que respeita à subescala III – '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*' ($t_{(249)} = 2,256$; $p < 0,05$).

Também na subescala V – '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*', conforme se verificou nos resultados apresentados para a MentaHLiS-Depressão, existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas nos dois grupos ($t_{(755)} = 3,634$; $p < 0,01$). Nas restantes duas subescalas, as diferenças entre as médias dos dois grupos não apresentam significado estatístico.

Tabela 23. Testes de diferença de scores entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas (MentaHLiS-Ansiedade)

Subescalas: MentaHLiS-Ansiedade	Género	\bar{x}	DP	t	p
II - Recursos e opções de ajuda	Masculino	31,53	4,19	-0,138	.891
	Feminino	31,60	3,76		
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	Masculino	28,34	3,63	-1,180	.239
	Feminino	28,89	3,53		
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	Masculino	43,26	5,68	-5,070	.000
	Feminino	45,18	4,70		
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde	Masculino	46,63	6,16	-3,360	.001
	Feminino	48,00	4,99		
Grupo etário					
II - Recursos e opções de ajuda	10 - 14	31,93	3,85	1,598	.111
	15 - 18	31,14	3,99		
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	10 - 14	29,13	3,32	2,256	.025
	15 - 18	28,12	3,81		
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	10 - 14	44,58	5,28	0,965	.335
	15 - 18	44,21	5,10		
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde	10 - 14	48,13	5,42	3,634	.000
	15 - 18	46,67	5,57		

Análise de fidelidade

Para a análise de fidelidade da MentaHLiS-Ansiedade, seguindo as recomendações de Pasquali (2005), verificou-se a consistência interna dos fatores das quatro subescalas, procedendo ao cálculo do coeficiente *Alfa de Cronbach*. Para além disso, para verificar em que medida cada um dos itens se relaciona com o todo, calculou-se o coeficiente de correlação corrigido entre o resultado do item e o resultado da subescala.

Na Tabela 24 podem ser observados os itens que constituem as quatro subescalas, os coeficientes *alfa* se o item for excluído, a correlação item-total corrigido, e ainda, a média e o desvio padrão das pontuações obtidas em cada item.

A maioria dos itens apresenta correlações moderadas e altas com o score total das subescalas, verificando-se que a exclusão de itens não contribuiria significativamente para a melhoria do coeficiente *alfa* do teste. Excetuam-se duas situações: para além do item 6 da subescala IV, já anteriormente analisado e justificada a razão da sua manutenção (cf. Pág. 130), a eliminação do item '1' da subescala II melhoraria a consistência interna da subescala. Apesar disso, a sua exclusão iria reduzir de três para dois os itens da dimensão '*ajudas informais*', originando uma diminuição da sua consistência interna e eliminaria da análise aquele que é, de acordo com a literatura internacional, o recurso de ajuda de maior procura por parte dos adolescentes, impedindo a avaliação da importância que lhe é atribuída pelos adolescentes.

Os ganhos em termos de fidelidade da subescala não seriam muito significativos, mantendo-se a consistência interna em níveis razoáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 24. Análise da consistência dos itens dos fatores. Inclui correlação item – total corrigida e valor do *alfa* da dimensão se o item for excluído

II - 'Recursos e opções de ajuda' ($\alpha = .705$)	\bar{x}	DP	Correlação Item – total corrigido	α se o item for excluído
1.Amigos de confiança	4.46	.700	.014	(.746)
2.Familiares (pais, irmãos)	4.59	.666	.327	.691
3.Grupos de autoajuda	4.15	.849	.378	.681
4.Psicólogo	4.27	.848	.487	.657
5.Psiquiatra	3.75	.959	.428	.670
6.Enfermeiro especializado	3.51	.961	.564	.634
7.Médico de família	3.33	.875	.585	.633
8.Professores	3.52	.956	.391	.679
III - 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' ($\alpha = .708$)				
1.Dar-lhe apoio e animá-lo/a	4.59	.609	.388	.686
2.Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	4.66	.566	.410	.684
3.Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	4.04	.887	.408	.678
4.Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	4.34	.840	.491	.657
6.Falar com os familiares para que estejam mais atentos	4.25	.860	.445	.668
7.Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	3.43	1.00	.367	.693
10.Encaminhá-lo/a para o médico de família	3.37	1.05	.484	.659
IV - 'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ($\alpha = .718$)				
1.Ter apoio social (pais e amigos)	4.54	.686	.259	.711
3.Ter alguém que vá comigo	3.95	.922	.262	.705
4.Ter coragem	4.40	.766	.453	.688
5.Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	4.05	.828	.389	.695
6.Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	3.03	1.23	.206	(.732)
7.Ter a certeza que ninguém me vai julgar	3.75	1.19	.431	.689
8.Não ter medo do julgamento dos outros	4.09	.966	.405	.691
9.Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	4.04	.954	.444	.691
15.Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	4.00	.808	.438	.690
16.Não ter medo das consequências	4.08	.846	.405	.691
17.Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	4.47	.787	.390	.695
V - 'Estilos de vida e comportamentos de saúde' ($\alpha = .811$)				
1.Manter hábitos alimentares adequados	4.52	.691	.521	.793
2.Manter exercício físico regular	4.49	.685	.547	.791
3.Manter hábitos de sono regulares	4.52	.704	.480	.796
4.Convívio frequente com os amigos	4.45	.710	.417	.801
5.Ter boa relação com os familiares	4.68	.630	.552	.792
6.Ter sucesso escolar	4.29	.819	.549	.789
7.Ter uma autoestima positiva	4.56	.665	.567	.790
8.Promover uma boa imagem corporal	4.87	.967	.390	.805
9.Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	4.30	1.12	.467	.800
10.Prevenir o risco de acidentes	4.22	.925	.534	.789
11.Não ter sexo antes da idade	3.56	1.24	.420	.809

2.3. Análise das propriedades psicométricas da MentaHLiS-AA

Reconhecimento do problema

Assumindo os pressupostos metodológicos previamente definidos para a ACM, a análise relativa à primeira subescala '*Reconhecimento do problema*' revelou a existência de dois componentes ou dimensões que explicam na totalidade 40,16% da variância. Os valores do *Alfa de Cronbach* mostram um bom ajustamento do modelo: dimensão 1 (0,670); dimensão 2 (0,369), média com base no autovalor médio (0,558) (tabela 25).

Mantendo os critérios definidos para as outras duas escalas, inicialmente realizou-se uma extração forçada a cinco dimensões e observou-se o comportamento dos valores próprios e da inércia. A análise da distribuição dos valores revelou a existência de duas dimensões com valores de inércia mais representativos, sendo o acréscimo de variância explicada mínimo a partir da terceira dimensão.

Tabela 25. Resumo do modelo de ACM da MentaHLiS-AA: valores próprios e inércias

Dimensão	<i>Alfa de Cronbach</i>	Variância contabilizada		
		Total (autovalor)	Inércia	% de variância
1	0,670	2,518	0,252	25,177
2	0,369	1,498	0,150	14,979
Total		4,016	0,402	
Média	0,558 ^a	2,008	0,201	20,078

^a. A Média de *Alfa de Cronbach* tem como base o autovalor médio.

Na tabela 26 podemos observar a distribuição das dez variáveis nas duas dimensões.

Tabela 26. Resultados da aplicação da ACM aos itens do componente 'reconhecimento do abuso de álcool' (N=255)

MentaHLiS-AA	Dimensão	
	1	2
P20. Anda nervoso/a e triste	.431	.007
P11. Tem problemas afetivos	.409	.060
P17. Tem falta de confiança	.303	.059
P21. Está revoltado/a	.279	.138
P23. Está a reagir a uma perda	.276	.003
P6. Tem baixa autoestima	.266	.132
P22. Tem dificuldade em se controlar	.078	.371
P10. Tem um vício	.180	.303
P9. Tem falta de responsabilidade	.127	.237
P2. Tem problemas com a bebida	.169	.188
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.52	1.50
% de variância explicada	25.18	14.98
<i>Alfa de Cronbach</i>	.670	.369

Interpretação semântica e nomeação das dimensões

Para a dimensão '1' são particularmente determinantes as variáveis: “*Nervoso/a e triste*”, “*Problemas afetivos*”, “*Falta de confiança*”, “*Revolta*”, “*Reação a uma perda*” e “*Baixa autoestima*”. Esta dimensão, ao agregar respostas que combinam variáveis semanticamente distintas associadas a atribuições de cariz psicoafectivo e comportamental, configura um ‘*desconhecimento/visão difusa da perturbação*’ expressa na vinheta.

A dimensão '2' contempla as variáveis: “*Dificuldade em se controlar*”, “*Vício*”, “*Problemas com a bebida*” e “*Falta de responsabilidade*”. Nesta dimensão, a associação existente entre os rótulos indica uma perceção do problema expresso na vinheta como ‘*doença*’, sendo esta associada a dificuldades de controlo e falta de responsabilidade.

O “*desconhecimento/visão difusa da perturbação*” e a “*doença*” são, portanto, os dois eixos temáticos do espaço em análise.

De seguida, com o objetivo de atribuir significado à análise procedeu-se à leitura dos resultados tendo presente os traços de discriminação por dimensão, isto é, atendendo à composição interna de cada dimensão via quantificação das categorias.

Assim, a partir das quantificações e das contribuições determinadas pela ACM e tendo como referência as variáveis que mais discriminam nas três dimensões, identificaram-se as coordenadas das categorias e as contribuições mais elevadas. Assim, foi possível encontrar associações e oposições entre as categorias das variáveis selecionadas em cada dimensão. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 27.

Tabela 27. Síntese dos quadros de quantificação das categorias da MentaHLiS-AA

	Quantificações negativas	N	Quantificações positivas	N	Alfa de Cronbach
Dimensão 1	P20.Nervoso/a_triste_N	59	P20.Nervoso/a_triste_S	196	0,670
	P11.Problemas_afetivos_N	203	P11.Problemas_afetivos_S	52	
	P17.Falta_confiança_N	183	P17.Falta_confiança_S	72	
	P21.Revoltado/a_N	167	P21.Revoltado/a_S	88	
	P23.Reagir_perda_N	31	P23.Reagir_perda_S	224	
	P6.Baixa_autoestima_N	188	P6.Baixa_autoestima_S	67	
Dimensão 2	P22.Dif_controlar_S	127	P22.Dif_controlar_N	128	0,369
	P10.Vício_S	157	P10.Vício_N	98	
	P9.Falta_responsab_S	106	P9.Falta_responsab_N	149	
	P2.Problemas_bebida_S	190	P2.Problemas_bebida_N	65	

Nesta subescala não existem variáveis com associação inversa entre as categorias mais discriminativas e a sua representatividade na amostra.

Assim, a dimensão '1' integra os participantes que consideram que o/a Pedro/Francisca anda nervoso/a e triste, tem problemas afetivos, falta de confiança, baixa autoestima e que poderá estar revoltado/a ou a reagir a uma perda, por oposição aos que não percebem o problema como estando relacionado com estes fatores. Importa, no entanto, considerar que no primeiro grupo, as variáveis 'anda nervoso/a e triste' e 'está a reagir a uma perda' são muito menos discriminativas do que no segundo grupo. Também as frequências de resposta do primeiro grupo são muito mais baixas do que as do segundo grupo, correspondendo a menos de 25% dos participantes, pelo que esta será uma categoria pouco representativa (Pestana & Gageiro, 2014).

A dimensão '2' associa os participantes que consideram que o/a Pedro/Francisca tem problemas com a bebida ou um vício resultante de dificuldades em se controlar e falta de responsabilidade, configurando assim uma situação que remete para um problema de saúde mental, por oposição àqueles que consideram que o problema não está relacionado com estes fatores.

Nas restantes quatro subescalas, recorreu-se à PCA com rotação ortogonal varimax para análise da validade de construto, observando-se também os coeficientes de comunalidade. Previamente à análise fatorial verificaram-se os pré-requisitos para a sua utilização.

Conforme se pode observar na tabela 28, as medidas de adequação amostral KMO das quatro subescalas variaram entre 0,754 e 0,836 e os valores do BTS variaram entre 431,05 e 2568,30, ($p < 0,001$), indicando a adequação dos dados para a realização da análise fatorial, permitindo prosseguir com a análise (Hair Jr. et al., 2005; Pasquali, 2005). Estes dados foram complementados com a análise da diagonal da matriz de correlações anti-imagem que revelou valores de R^2 , na sua grande maioria, superiores a 0,75 (min. = 0,504; max. = 0,889), o que indica um valor ótimo de relação entre as variáveis, para se realizar a análise fatorial (Hair Jr. et al., 2005).

Tabela 28. Medidas de adequação amostral das subescalas da MentaHLIS-AA

Subescalas	KMO	BTS
II – Recursos e opções de ajuda	0,810	569,81*
III – Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	0,754	431,05*
IV – Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	0,777	1422,82*
V – Estilos de vida e comportamentos de saúde	0,836	2568,30*

* $p < 0,01$

Na secção seguinte apresentaremos os resultados correspondentes às subescalas II '*Recursos e opções de ajuda*' e III '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*'.

Em ambas as subescalas foram realizadas extrações sucessivas. A cada extração de fatores foi efetuada uma nova análise fatorial até que a generalidade dos itens satisfizesse os critérios previamente definidos.

Recursos e opções de ajuda

Para definição da estrutura fatorial final da subescala '*Recursos e opções de ajuda*' realizaram-se duas extrações sucessivas. A primeira, realizada com a totalidade dos itens, revelou uma solução com três fatores, mas que nos pareceu pouco interpretável. O item 9 (*bruxas e ervanárias*) constituía, por si só, uma dimensão, e, por outro lado, após o cálculo do *Alfa de Cronbach*, verificou-se que este comprometia seriamente a consistência interna da subescala (com o item: 0,744; sem o item: 0,789), pelo que foi excluído.

A segunda extração, realizada com os restantes oito itens, traduziu-se na solução final. Contudo, verificou-se que o item 8 '*professores*' apresentava diferença entre as cargas fatoriais nas duas dimensões inferior a 0,20 e o item 2 '*familiares*' apresentava um valor de comunalidade ligeiramente inferior a 0,40.

Decidiu-se pela manutenção de ambos os itens: o item 8 porque, sendo os professores um dos recursos de ajuda de maior proximidade e acessibilidade, importa avaliar em que medida os adolescentes o consideram importante, mas também, porque deve ser incentivada a sua procura; o item 2, pela importância dos familiares como fonte de ajuda informal, e porque o valor de comunalidade é muito próximo do valor mínimo definido de 0,40. Acresce ainda que a sua remoção diminuiria a consistência interna da subescala, bem como da dimensão a que pertence.

O item 8 foi incluído na dimensão '*ajudas formais*', onde apresentava maior carga fatorial e o item '2' foi incluído na dimensão '*ajudas informais*'.

Assim, a solução final integra duas dimensões que, em conjunto, explicam 56,11% da variância total da subescala.

O primeiro fator designado como '*ajudas formais*' integra os itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8, explicando 41,72% da variância. O segundo fator que designámos como '*ajudas informais*' integra os itens 1 e 2 e explica 14,39% da variância.

Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda

A subescala III '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*' foi sujeita a três extrações. Na primeira emergiram três fatores que explicavam 59,66% da variância, no entanto verificou-se que os itens 8 (*Continuar a tratá-lo/a como se ele/ela não tivesse qualquer tipo de problema*) e 9 (*Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas*) apresentavam correlações negativas com a restante subescala. Por essa razão verificou-se qual sua influência na consistência interna. Verificou-se que a manutenção destes itens reduzia de forma considerável a consistência interna da subescala (com os itens, $\alpha = 0,696$; sem os itens $\alpha = 0,789$), motivo pelo qual foram eliminados.

A segunda extração revelou uma solução com dois fatores que, em conjunto, explicavam 56,99% da variância da subescala. Nesta extração, o item 5 (*Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança*) revelou ser um item híbrido, apresentando cargas fatoriais de magnitudes semelhantes (diferenças inferiores a 0,1) nos dois fatores (fator 1 = 0,498; fator 2 = 0,505), pelo que foi retirado da análise.

A terceira extração mostrou-se interpretável e ajustada ao construto teórico, revelando a existência de dois fatores que, em conjunto, explicam 59,21% da variância.

O primeiro fator que designámos como '*apoio social e encaminhamento passivo*' é constituído pelos itens 1, 2 e 4 e explica 41,83% da variância. O segundo fator '*encaminhamento ativo*' integra os itens 3, 6, 7 e 10, explicando 17,38% da variância da subescala.

Nesta solução, o item 3 apresentou um diferencial de *loadings* inferior a 0,20 entre as duas dimensões. Contudo, atendendo à sua relevância para avaliar a perceção dos adolescentes sobre a importância da ajuda profissional em situações de abuso/dependência do álcool, optou-se pela sua manutenção, sendo integrado na dimensão onde apresenta maior carga fatorial.

Na Tabela 29 observa-se a configuração final para o agrupamento dos itens em cada um dos fatores das quatro subescalas. São apresentadas também as cargas fatoriais de cada um dos itens, os valores de comunalidade, a percentagem de variância explicada e cumulativa, e ainda, os coeficientes de consistência interna das várias subescalas.

Tabela 29. Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal varimax. Inclui valores próprios (*eigenvalues*); % da variância explicada; % de variância acumulada e coeficiente de comunalidade.

Subescalas	F1	F2	F3	h ²
II - 'Recursos e opções de ajuda' ^(a)				
1. Amigos de confiança	-.149	.839		.726
2. Familiares (pais, irmãos)	.329	.534		.393
3. Grupos de autoajuda	.552	.320		.407
4. Psicólogo	.781	.025		.611
5. Psiquiatra	.783	-.149		.636
6. Enfermeiro especializado	.806	.147		.671
7. Médico de família	.729	.268		.604
8. Professores	.528	.403		.441
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	3.338	1.151		
% Variância explicada	41.72	14.39		
III - 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' ^(b)				
1. Dar-lhe apoio e animá-lo/a	.672	.249		.513
2. Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	.887	.006		.787
3. Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	.346	.450		.401
4. Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	.752	.152		.589
6. Falar com os familiares para que estejam mais atentos	.400	.633		.561
7. Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	.097	.781		.620
10. Encaminhá-lo/a para o médico de família	.042	.820		.674
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	2.929	1.216		
% Variância explicada	41.83	17.38		
IV - 'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ^(c)				
1. Ter apoio social (pais e amigos)	.172	.571	-.109	.368
3. Ter alguém que vá comigo	.031	.797	.065	.641
4. Ter coragem	.300	.618	.145	.493
5. Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	.150	.567	.251	.407
6. Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	-.149	.028	.807	.674
7. Ter a certeza que ninguém me vai julgar	.143	.179	.716	.565
8. Não ter medo do julgamento dos outros	.551	.149	.240	.383
9. Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	.334	.002	.638	.519
15. Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	.785	.039	.110	.630
16. Não ter medo das consequências	.741	.141	.047	.571
17. Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	.667	.301	-.095	.544
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	3.090	1.493	1.211	
% Variância explicada	28.09	13.57	11.01	
V - 'Estilos de vida e comportamentos de saúde' ^(d)				
1. Manter hábitos alimentares adequados	.138	.858	.156	.779
2. Manter exercício físico regular	.230	.822	.123	.744
3. Manter hábitos de sono regulares	.299	.641	.112	.513
4. Convívio frequente com os amigos	.745	.180	-.063	.591
5. Ter boa relação com os familiares	.648	.361	.116	.563
6. Ter sucesso escolar	.661	.176	.258	.535
7. Ter uma autoestima positiva	.686	.292	.158	.580
8. Promover uma boa imagem corporal	.596	.033	.184	.400
9. Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	.107	.134	.805	.677
10. Prevenir o risco de acidentes	.244	.205	.678	.562
11. Não ter sexo antes da idade	.083	.048	.835	.706
Valores próprios (<i>eigenvalues</i>)	4.156	1.445	1.039	
% Variância explicada	22.51	19.67	18.17	

a) (n = 255); Cronbach's $\alpha = 0,789$; % de variância acumulada – 56,11%

b) (n = 255); Cronbach's $\alpha = 0,756$; % de variância acumulada – 59,21%

c) (n = 757); Cronbach's $\alpha = 0,718$; % de variância acumulada – 52,67%

d) (n = 757); Cronbach's $\alpha = 0,811$; % de variância acumulada – 60,35%

Na Tabela 30 podemos observar as estatísticas descritivas das dimensões das quatro subescalas que compõem a MentaHLiS-AA. Os dez fatores têm entre três e cinco itens e os coeficientes de correlação média entre os itens variam de 0,176 a 0,518, valores significativamente diferentes de zero ($p < 0,001$). Estes valores indicam que os itens de cada dimensão têm níveis de relação bem estabelecidos entre si.

As estatísticas descritivas: mínimo, máximo, média e desvio padrão da pontuação total em cada dimensão, contribuem para uma melhor caracterização de cada uma delas, como indicadores de LSM.

Tabela 30. Estatísticas descritivas e correlação média entre os itens das subescalas que compõem a MentaHLiS-AA

Subescalas/fatores	Nº Itens	Observado		\bar{x}	DP	Correlação média entre itens
		Min.	Max.			
Recursos e opções de ajuda						
1.Ajudas formais	6	7	25	22,78	3,29	0,458*
2.Ajudas informais	2	4	10	8,62	1,50	0,176*
Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda						
1.Apoio social e encaminhamento passivo	3	3	15	13,66	1,61	0,460*
2.Encaminhamento ativo	4	4	20	15,62	2,66	0,366*
Barreiras e facilitadores na procura de ajuda						
1.Estigma e preconceito	4	4	20	16,64	2,45	0,361*
2.Determinação e apoio social	4	7	20	16,94	2,16	0,264*
3.Confidencialidade	3	3	15	10,83	2,55	0,342*
Estilos de vida e comportamentos de saúde						
1.Apoio social e imagem positiva	5	8	25	21,84	2,69	0,386*
2.Promoção da saúde física e mental	3	3	15	13,52	1,71	0,518*
3.Prevenção de comportamentos de risco	3	3	15	12,08	2,65	0,471*
Escala total	37					

* $p < 0,01$

Análise da correlação entre as subescalas da MentaHLiS-AA

Na análise das correlações, à semelhança do que foi feito para a MentaHLiS-Depressão e para a MentaHLiS-Ansiedade, utilizaram-se os scores totais obtidos nas quatro subescalas e calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados encontram-se na tabela 31.

Verificamos a existência de correlações positivas fracas/moderadas entre as quatro subescalas. O valor mais baixo obteve-se na correlação entre as subescalas II - 'Recursos e opções de ajuda' e IV - 'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ($r = 0,248$) e o valor mais elevado ($r = 0,479$) foi obtido entre as subescalas II - 'Recursos e opções de ajuda' e III - 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda'. A associação

significativa existente entre as quatro subescalas mostra que, de acordo com o modelo teórico subjacente ao instrumento, todas integram o construto de LSM.

Tabela 31. Matriz de correlações entre as subescalas da MentaHLiS-AA

Subescalas da MentaHLiS-AA	II	III	IV	V
II - Recursos e opções de ajuda	1	0,479*	0,248*	0,355*
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda		1	0,414*	0,408*
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda			1	0,385*
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde				1

* $p < 0,01$

Análise do poder discriminante de grupos na MentaHLiS-AA

Mantendo o procedimento utilizado nas outras duas escalas, para análise do poder discriminativo da MentaHLiS-AA, realizou-se o teste t para amostras independentes, baseado nos scores obtidos e na análise das diferenças entre grupos distintos, utilizando as variáveis 'género' e 'grupo etário'.

Na tabela 32 podem ser observadas as estatísticas-resumo, obtidas para cada uma das subescalas, e os testes de diferença de scores entre grupos.

Conforme foi apresentado para as escalas anteriores, o teste t para amostras independentes revela diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas subescalas: IV – '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*' ($t_{(755)} = -5,070$; $p < 0,01$); e V – '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*' ($t_{(755)} = -3,360$; $p < 0,01$), com o grupo feminino a obter médias de pontuação superiores.

Nas outras duas subescalas, específicas da MentaHLiS-AA, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros, relativamente às médias dos scores obtidos.

Relativamente à variável 'grupo etário', o grupo de participantes mais jovens (10-14 anos) apresenta médias significativamente mais elevadas ($\bar{x} = 32,90$), do que o grupo de participantes mais velhos ($\bar{x} = 31,79$), no que respeita à subescala II – '*Recursos e opções de ajuda*' ($t_{(255)} = 2,116$; $p < 0,05$).

Também na subescala V - '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*', conforme se verificou nos resultados apresentados para as escalas anteriores, existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas nos dois grupos ($t_{(756)} = 3,634$;

$p < 0,01$). Nas restantes duas subescalas, as diferenças entre as médias dos dois grupos não apresentam significado estatístico.

Tabela 32. Testes de diferença de scores entre grupos segundo as variáveis sociodemográficas (MentaHLiS-AA)

Subescalas: MentaHLiS-AA	Género	\bar{x}	DP	t	p
II - Recursos e opções de ajuda	Masculino	31,21	4,51	-0,564	.573
	Feminino	32,52	4,03		
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	Masculino	28,81	4,58	-1,428	.155
	Feminino	29,56	2,97		
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	Masculino	43,26	5,68	-5,070	.000
	Feminino	45,18	4,70		
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde	Masculino	46,63	6,16	-3,36	.001
	Feminino	48,00	4,99		
Grupo etário					
II - Recursos e opções de ajuda	10 - 14	32,90	4,01	2,116	.035
	15 – 18	31,79	4,38		
III - Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda	10 - 14	29,54	3,78	1,146	.214
	15 – 18	28,97	3,52		
IV - Barreiras e facilitadores na procura de ajuda	10 - 14	44,58	5,28	0,965	.335
	15 – 18	44,21	5,10		
V - Estilos de vida e comportamentos de saúde	10 - 14	48,13	5,42	3,634	.000
	15 – 18	46,67	5,57		

Análise de fidelidade

No estudo de fidelidade procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente *Alfa de Cronbach*. Calculou-se também o coeficiente de correlação corrigido entre o resultado do item e o resultado da subescala de forma a perceber como cada um dos itens se relaciona com o todo.

A Tabela 33 apresenta as quatro subescalas, destacando os itens que as constituem, os coeficientes *alfa* se o item for excluído, a correlação item-total corrigido, e ainda a média e o desvio padrão das pontuações obtidas em cada item.

Os itens apresentam correlações moderadas e altas com o score total das subescalas, de um modo geral com valores superiores a 0,30, sendo a média de 0,42, verificando-se que a exclusão de itens, em todos os 37 casos analisados, não contribuiria significativamente para a elevação do coeficiente *alfa* do teste. Excetuam-se duas situações: o item 1 da subescala II '*amigos de confiança*' e o item 6 da subescala IV '*ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema*'. Optou-se pela sua manutenção porque, em ambos os casos, os ganhos de fiabilidade do instrumento seriam pouco significativos.

A análise de consistência interna das quatro subescalas resultou em valores de *alfa* moderados: subescala II (8 itens), $\alpha=0,789$; subescala III (7 itens), $\alpha=0,756$; subescala IV (11 itens), $\alpha=0,718$; e subescala V (11 itens), $\alpha=0,811$.

Tabela 33. Análise da consistência dos itens dos fatores. Inclui correlação item – total corrigida e valor do *alfa* da dimensão se o item for excluído

II - ‘Recursos e opções de ajuda’ ($\alpha = .789$)	\bar{x}	DP	Correlação Item – total corrigido	α se o item for excluído
1.Amigos de confiança	4.55	.599	.062	(.812)
2.Familiares (pais, irmãos)	4.61	.684	.184	.783
3.Grupos de autoajuda	4.20	.879	.262	.766
4.Psicólogo	4.27	.823	.476	.747
5.Psiquiatra	3.95	.890	.432	.760
6.Enfermeiro especializado	3.72	.899	.539	.733
7.Médico de família	3.65	.882	.509	.739
8.Professores	3.45	.921	.301	.766
III - ‘Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda’ ($\alpha = .756$)				
1.Dar-lhe apoio e animá-lo/a	4.49	.704	.482	.726
2.Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	4.64	.610	.456	.733
3.Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	4.29	.795	.470	.727
4.Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	4.53	.709	.467	.728
6.Falar com os familiares para que estejam mais atentos	4.23	.844	.577	.702
7.Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	3.52	1.00	.464	.732
10.Encaminhá-lo/a para o médico de família	3.58	1.00	.355	.735
IV - ‘Barreiras e facilitadores na procura de ajuda’ ($\alpha = .718$)				
1.Ter apoio social (pais e amigos)	4.54	.686	.259	.711
3.Ter alguém que vá comigo	3.95	.922	.262	.705
4.Ter coragem	4.40	.766	.453	.688
5.Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	4.05	.828	.389	.695
6.Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	3.03	1.23	.206	(.732)
7.Ter a certeza que ninguém me vai julgar	3.75	1.19	.431	.689
8.Não ter medo do julgamento dos outros	4.09	.966	.405	.691
9.Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	4.04	.954	.444	.691
15.Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	4.00	.808	.438	.690
16.Não ter medo das consequências	4.08	.846	.405	.691
17.Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	4.47	.787	.390	.695
V - ‘Estilos de vida e comportamentos de saúde’ ($\alpha = .811$)				
1.Manter hábitos alimentares adequados	4.52	.691	.521	.793
2.Manter exercício físico regular	4.49	.685	.547	.791
3.Manter hábitos de sono regulares	4.52	.704	.480	.796
4.Convívio frequente com os amigos	4.45	.710	.417	.801
5.Ter boa relação com os familiares	4.68	.630	.552	.792
6.Ter sucesso escolar	4.29	.819	.549	.789
7.Ter uma autoestima positiva	4.56	.665	.567	.790
8.Promover uma boa imagem corporal	4.87	.967	.390	.805
9.Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	4.30	1.12	.467	.800
10.Prevenir o risco de acidentes	4.22	.925	.534	.789
11.Não ter sexo antes da idade	3.56	1.24	.420	.809

3. Discussão dos resultados

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados obtidos neste estudo. O principal foco incidirá sobre a procura de evidência relativamente à validade para a MentaHLiS enquanto instrumento de colheita de dados para avaliar a LSM.

Quanto à organização e ordenamento da informação, manter-se-á a que foi utilizada no capítulo de resultados de forma a facilitar a compreensão de todos os elementos apresentados. Importa ainda referir que, à semelhança do que se fez na apresentação dos resultados, a discussão relativa aos estudos 'I' e 'II', encontra-se noutra secção deste relatório (cf. Pág. 80 e 97).

Este estudo emerge num universo em pleno desenvolvimento, resultante da consciencialização da importância da promoção da LSM, sobretudo em populações com maior vulnerabilidade, como os adolescentes, embora com uma *nuance* de inovação, no que ao contexto nacional diz respeito.

Considerando que existem limitações substanciais na capacidade atual para avaliar a LSM e que há uma margem significativa para o desenvolvimento de instrumentos robustos que avaliem os seus atributos relevantes (O'Connor, Casey & Clough, 2014), esta tese apresenta os resultados do processo de construção e validação da MentaHLiS, um instrumento que possibilitará a avaliação da LSM dos adolescentes sobre três problemas de saúde mental comuns (depressão, ansiedade e abuso de álcool), podendo ser utilizado no rastreio da literacia, e na avaliação do impacto das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da saúde mental dos adolescentes.

Os resultados do presente estudo, embora sendo apenas válidos para o grupo específico de sujeitos estudados, revelam-se encorajadores. As análises estatísticas realizadas para a validação fatorial da MentaHLiS conduziram-nos a uma versão definitiva do instrumento composta por três escalas (Anexos IX, X e XI): (I) 'MentaHLiS-Depressão'; (II) 'MentaHLiS-Ansiedade'; e (III) 'MentaHLiS-AA', cada uma constituída por cinco subescalas: (i) '*Reconhecimento do problema*'; (ii) '*Recursos e opções de ajuda*'; (iii) '*Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda*'; (iv) '*Barreiras e facilitadores na procura de ajuda*'; e (v) '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*'.

É de salientar que as subescalas e a sua operacionalização em dimensões e itens correspondem às expectativas e teorizações realizadas por Jorm et al. (1997), integrando-se nos componentes do conceito de LSM (Jorm, 2012).

A presente investigação segue o rasto de algumas pistas fornecidas por outros estudos de construção (Jorm et al., 1997) e de validação para a população portuguesa (Loureiro et al., 2012a) de instrumentos específicos de avaliação da LSM, apresentando, contudo,

algumas vantagens, sobretudo no que se refere à sua dimensão e facilidade de aplicação tanto no contexto escolar, como no contexto da prática clínica, constituindo uma ferramenta consistente do ponto de vista psicométrico.

Usaram-se três vinhetas clínicas, isto é, pequenas histórias que descrevem pessoas com sintomas clínicos de um diagnóstico particular, ainda que não sejam referência a diagnóstico. Este método pode ser considerado uma mais-valia para a avaliação do conhecimento e crenças dos adolescentes acerca de alguns componentes da LSM, sobretudo os que decorrem da identificação e problematização de alguns sinais e valorização de sintomas descritos.

Os participantes são normalmente convidados a responder ou comentar as histórias, incidindo sobre o que fariam na situação específica apresentada ou sobre a forma como o personagem da história se iria sentir ou agir numa determinada situação.

Ao utilizar esta estratégia, as respostas dos participantes tendem a traduzir o que seria o seu comportamento em situações reais, ao passo que, quando é usada uma situação hipotética mais simples, as respostas dos participantes não costumam refletir as decisões que eles teriam no seu dia-a-dia (FeldmanHall et al., 2012).

O uso de vinhetas pode ser vantajoso em estudos de investigação sobre temas e questões de saúde particularmente sensíveis como é o caso da saúde mental e estigma; e em populações vulneráveis específicas, como crianças e adolescentes (Barter & Renold, 2000; Gourlay et al., 2014; Hughes, 1998a; Reavley & Jorm, 2011; Swords et al., 2011a). Nestas situações, o participante pode não se sentir à vontade para discutir a sua situação pessoal e pode esconder ou ocultar a verdade sobre as suas próprias ações ou crenças (Gourlay et al., 2014).

Apear de existirem algumas discussões sobre o uso generalizado das vinhetas e das suas limitações em algumas áreas por causa do ceticismo dos investigadores sobre a validade dos estudos baseados em comportamentos hipotéticos como preditores de comportamento real (Caro et al., 2012), a técnica pode ser uma ferramenta de investigação importante e valiosa, na medida em que favorece a produção de medidas de opinião do entrevistado, válidas e confiáveis, sendo o seu uso cada vez mais frequente em diversos tipos de estudos, realçando-se os estudos de avaliação da LSM, onde esta abordagem tem sido amplamente adotada (e.g. Burns & Rapee, 2006; Chen et al., 2000; Hernan et al., 2010; Jorm et al., 1997; Kelly et al., 2005; Kelly & Jorm, 2007; Leighton, 2009; Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b; McCann & Klarck, 2010; Olson & Kennedy, 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008; Swords et al., 2011a).

Por outro lado, o uso de vinhetas é adequado e tem vindo a ser utilizado em estudos como o nosso, que envolvem investigação fatorial, onde os valores (níveis) de dimensões são experimentalmente variáveis, de modo que o seu impacto sobre as decisões dos entrevistados pode ser estimado (Auspurg & Jäckle, 2012).

Os resultados obtidos através da análise técnica do instrumento sugerem-nos alguns comentários.

Reconhecimento do problema

Dos vários componentes da LSM, o '*Reconhecimento do problema*' emerge como um fator inicial e importante, sendo referido na literatura como um pré-requisito para a procura de ajuda profissional (Gulliver et al., 2010). Este reconhecimento, se precoce, pode reduzir de forma significativa o intervalo de tempo que medeia entre o surgimento dos sintomas e o acesso aos cuidados de saúde, evitando a agudização dos problemas e melhorando a qualidade de vida e os resultados em saúde, tanto do indivíduo como da comunidade (Jorm, 2012; Loureiro et al., 2013a; Rickwood et al., 2005). Depreende-se, então, que uma inexistente ou reduzida LSM, traduzida na incapacidade de reconhecer os sinais ou sintomas das diferentes perturbações mentais, no desconhecimento das fontes de ajuda e dos diferentes tratamentos disponíveis, conduzirá ao consequente adiamento da procura de ajuda.

Na LSM, a capacidade de reconhecimento é, entre outras formas, avaliada através da atribuição de rótulos psiquiátricos a diferentes situações do quotidiano que envolvem situações de adoecer mental e/ou sofrimento psicológico (Loureiro, Sequeira, Rosa & Gomes, 2014). Contudo, a atribuição de rótulos não pressupõe o diagnóstico em saúde mental, para isso existem profissionais de saúde especializados. Tem antes a intenção mais simples de favorecer ou potenciar a procura de ajuda e o tratamento adequado, quando necessário (Jorm, 2012).

A subescala '*Reconhecimento do problema*' refere-se à capacidade dos adolescentes para reconhecer as perturbações descritas nas vinhetas, através da seleção de rótulos numa escala de escolha múltipla, onde são apresentados rótulos com diferentes níveis de adequação às situações apresentadas.

O recurso à ACM permitiu-nos estudar diferentes variáveis nominais (rótulos) e representá-las em diferentes dimensões (três dimensões na MentaHLiS-Depressão e duas dimensões na MentaHLiS-Ansiedade e na MentaHLiS-AA), identificando grupos de indivíduos com perfil semelhante e analisando as relações entre os múltiplos indicadores (rótulos) selecionados, na perspetiva de pesquisar as suas configurações.

As diferentes configurações permitem identificar perfis associados a diferentes grupos de indivíduos que, coexistindo no mesmo espaço, partilham sistemas distintos de práticas, ou de estilos, ou de atitudes, ou de representações, ou de culturas. Da análise do posicionamento relativo dessas configurações, decorre a possibilidade de se aferir sobre o tipo de relações estabelecidas entre elas (Carvalho, 2017).

De facto, esta pareceu-nos a estratégia mais correta, na medida em que a análise das respostas individuais aos rótulos assinalados e, eventualmente, às suas combinações, permite considerar que o indivíduo é capaz de reconhecer adequadamente o problema (Loureiro, 2015; Loureiro et al., 2013b). Por outro lado, a análise fatorial seria uma opção com pouco sentido já que não fornece informação sobre a capacidade dos adolescentes para reconhecer adequadamente uma perturbação mental a partir da leitura dos rótulos apresentados (Loureiro, 2015). Acrescenta-se ainda que a ACM mostra vantagens relativamente à análise fatorial na análise das relações entre as categorias numa tabela de contingência, principalmente devido à diferença na informação contida nas dimensões correspondentes (Infantosi, Costa & Almeida, 2014).

Considerando que o desenho de programas de intervenção deve partir da análise e avaliação dos défices neste domínio, a criação de *scores* a partir de *loadings* dos itens no fator poderá também não fazer sentido, implicando, por vezes, a perda de informação relevante (Loureiro, 2015).

A configuração das três subescalas, no que se relaciona com os itens constituintes e a sua forma de agrupamento nas diferentes dimensões, diferencia-se em função do problema retratado na vinheta.

Nas três escalas, as dimensões que emergiram da análise da subescala '*Reconhecimento do problema*' configuram predominantemente a existência de um desconhecimento e/ou visão difusa das perturbações, onde as respostas que apontam para a perceção dos problemas retratados nas vinhetas como 'doença' ou perturbação, a explicarem unicamente 9,27% da variância da subescala na MentaHLiS-Depressão, 18,96% da variância da subescala na MentaHLiS-Ansiedade e 14,98% da variância na MentaHLiS-AA.

Estes resultados, apesar de preocupantes, podem ser considerados expectáveis e relacionam-se de forma consistente com os resultados de outros estudos (e.g. Burns & Rapee, 2006; Leighton, 2009; Olsson & Kennedy, 2010; Rosa et al., 2014b) que verificaram a existência de uma dificuldade significativa dos adolescentes para reconhecer e classificar a depressão, constituindo um dos principais entraves à procura de ajuda (Gulliver et al., 2010).

Também nas perturbações de ansiedade, vários estudos em todo o mundo têm demonstrado que, tanto nos adolescentes como nos jovens adultos, os níveis de reconhecimento são baixos, de um modo geral inferiores a 30%, e as dificuldades para associar os sintomas a um problema de saúde mental são ainda mais significativas (Coles et al., 2016; Leighton, 2009; Reavley & Jorm, 2011; Olsson & Kennedy, 2010).

Em consequência, os adolescentes com problemas de ansiedade muitas vezes experimentam longos atrasos na procura de tratamento (Paulus, Wadsworth & Hayes-Skelton, 2015; Thompson, Issakidis & Hunt, 2008) e isso pode estar associado a défices de LSM, especificamente na dimensão do reconhecimento do problema e do julgamento da sua gravidade, sobretudo nas situações subclínicas e moderadas (Paulus et al., 2015).

Relativamente ao abuso de álcool, os estudos que analisam a capacidade de reconhecimento do problema em amostras de adolescentes são escassos. Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, existe um único estudo (Loureiro et al., 2013a), no qual os autores verificaram a existência de dificuldades nos indivíduos para reconhecer e diferenciar o abuso e a dependência de álcool, ainda que com níveis de reconhecimento significativamente superiores ao que acontece com outros problemas, como por exemplo, a esquizofrenia (Chong et al., 2016) ou a depressão e a ansiedade (Yu et al., 2016).

Assim, se por um lado o consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto de forma permissiva, dificultando o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença (Heckmann & Silveira, 2009), por outro, a dificuldade de compreender os diversos conceitos associados (e.g. o que se entende por uso, abuso, dependência, alcoolismo etc.) poderão pôr em causa o reconhecimento adequado, promovendo a discussão sobre as falhas que por essa razão poderão existir, na procura de ajuda e suporte adequados (Leighton, 2009).

Finalmente, no que respeita às propriedades psicométricas da subescala '*Reconhecimento do problema*', podemos considerá-las satisfatórias nas três escalas. A qualidade do ajustamento do modelo, dimensão por dimensão, é boa, resultando em valores de *alfa* com base no autovalor médio, entre 0,534 e 0,634, o que mostra que as dimensões têm um bom ajustamento.

Relativamente às soluções finais e ao número de dimensões retidas com base nos valores próprios (*eigenvalues*) e nos valores da inércia, optámos por soluções onde as dimensões correspondem aos valores de inércia mais elevados. Assim, analisaram-se as categorias mais diferenciadoras, evitando a análise de categorias pouco representativas, sendo este o procedimento habitual (Pestana & Gageiro, 2014). Por outro lado, as

medidas de discriminação das variáveis retidas nas dimensões do modelo final são ajustadas.

Recursos e opções de ajuda

Na subescala II foram agrupados os itens relacionados com as opções dos adolescentes relativamente à escolha e importância atribuída aos diferentes '*Recursos e opções de ajuda*' para as situações apresentadas nas vinhetas.

Nas três escalas, a análise permitiu identificar duas dimensões antagónicas, uma agrupando os itens relacionados com as opções de ajuda formais ou profissionais, e a outra agrupando os itens relacionados com as opções de ajuda informais, à semelhança de outros estudos (e.g. Hernan et al., 2010; Rosa et al., 2014b) que identificaram também a existência destas duas dimensões.

Esta variável integra uma das dimensões propostas por Jorm (2012) como componente do conceito de LSM "*knowledge of help-seeking options and treatments available*" e tem sido sobejamente considerada em outros estudos (e.g. Loureiro et al., 2013b; Olsson & Kennedy, 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008; Sheffield et al., 2004). Tal facto releva pela importância atribuída à percepção de que os adolescentes tendem a desvalorizar as ajudas profissionais, preferindo apoiar-se nos pares e noutras fontes informais como a família e os professores, o que poderá aumentar significativamente o tempo que medeia entre o surgimento do problema e o acesso a ajuda especializada. Deste modo, pode estar comprometido o desenvolvimento psicossocial e educacional dos adolescentes, e aumentado o risco de recorrência das perturbações (Rosa et al., 2014b), numa fase crítica da vida, de formação da identidade e socialização em que as perturbações mentais não tratadas são especialmente negativas (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998).

Nas três subescalas foi eliminado um item (bruxas e ervanárias) por apresentar valores de comunalidade muito baixos e porque se verificou também que a sua manutenção comprometia seriamente a consistência interna das respetivas subescalas. Por outro lado, este recurso que emergiu no contexto da exploração inicial realizada com *focus group*, como descrito em Rosa, Loureiro e Sequeira (2014a), não tem tradução na literatura científica internacional enquanto opção de ajuda para os problemas de saúde mental pelo que foi sensato eliminá-lo.

Nesta subescala, outros itens referentes a recursos e opções de ajuda, não cumpriram os critérios previamente definidos aquando da definição metodológica. Contudo, na contramão da decisão tomada com o item anterior, optou-se pela sua manutenção.

Destes, destacam-se '*o médico de família*', '*os familiares*', '*os grupos de autoajuda*' e '*os professores*'.

O médico de família, enquanto recurso de ajuda próximo e acessível, é a “porta de entrada” nos serviços de saúde, cabendo-lhe a responsabilidade de referenciação das situações para níveis mais diferenciados de cuidados. No entanto, vários estudos (e.g. Commander et al., 1997; Compton et al., 2006) têm demonstrando que nem sempre os utentes o utilizam como primeiro recurso. Por outro lado, alguns estudos (e.g. Jorm et al., 2007b) têm mostrado que as pessoas com problemas de saúde mental, sobretudo os adolescentes, desvalorizam o papel do médico relativamente a outros profissionais de saúde, ainda que, particularmente o médico de família, seja considerado uma das principais fontes de ajuda profissional útil, conjuntamente com o psicólogo (Loureiro et al., 2013a). Pelo exposto, considerando a importância do médico de família no contexto dos cuidados de saúde/saúde mental, sobretudo o seu papel de referenciação, consideramos fundamental avaliar em que medida é percebido pelos adolescentes como uma ajuda importante para as situações de sofrimento psicológico, pelo que se manteve esta variável na análise.

Outra variável/recurso de ajuda que durante o processo de validação não cumpriu o critério definido para a proporção da variância (comunalidade), foram '*os familiares*'. Por norma, 0,40 é o valor a partir do qual as variáveis devem ser mantidas na análise (Schawb, 2007, citado por Filho & Júnior, 2010), no entanto, outros autores (e.g. Tabachnick & Fidell, 2007) propõem valores inferiores para qualificar o item como um representante útil do construto. Assim, estando o valor encontrado muito próximo do limite definido, indicia que esta variável está linearmente correlacionada com as outras variáveis da subescala (Filho & Júnior, 2010), podendo optar-se pela sua retenção, tanto mais que, como já foi referido, os familiares são o principal recurso de ajuda informal em situações de sofrimento psicológico.

Os '*grupos de autoajuda*' e os '*professores*' constituem as outras duas variáveis que, na análise, evidenciaram diferenças, ainda que pouco significativas, no cumprimento dos critérios definidos, especificamente nos valores de validade discriminante. Considerando, no entanto, como referem Pacheco e Santos (2014), que não existem valores padronizados para que um item seja considerado discriminativo, e considerando a proximidade entre os valores encontrados e o limite de 0,20 estabelecido na definição metodológica, mantiveram-se na análise.

Esta decisão está ainda relacionada com a importância que é atribuída aos professores enquanto recurso de ajuda próximo e acessível aos adolescentes a experienciar

problemas de saúde mental; e aos grupos de autoajuda, pela sua aceitação e eficácia terapêutica resultante da partilha de experiências com pessoas com problemas semelhantes (Loeck, 2009), devendo, por essa razão, ser incentivada a sua procura.

Em síntese, a análise das propriedades psicométricas da subescala *'Recursos e opções de ajuda'* revelou resultados satisfatórios nas três escalas. A análise da validade de construto resultou na organização dos itens em duas estruturas conceptuais distintas (Ribeiro, 2010), cada uma referente a diferentes fontes ou recursos de ajuda: as *'ajudas formais'*; e as *'ajudas informais'*.

As duas dimensões emergentes compreendem oito itens com cargas fatoriais superiores a 0,40 e coeficientes de comunalidade compreendidos entre 0,311 e 0,726, sendo o valor médio para cada item de 0,536, o que, segundo os parâmetros definidos anteriormente, é considerado um valor aceitável. As correlações médias entre os itens variam, para o fator 1 *'ajudas formais'* de 0,361 a 0,458, e para o fator 2 *'ajudas informais'* de 0,139 a 0,176, valores significativamente diferentes de zero ($p < 0,01$). Estes valores indicam que os itens de cada dimensão têm um nível de relação bem estabelecido entre si.

Esta estrutura fatorial é consistente com as definições teóricas e conceptuais da LSM, amplamente analisadas em diversos estudos (e.g. Cotton et al., 2006; Essau, 2005; Zachrisson et al., 2006), podendo considerar-se que existe consonância entre os resultados obtidos na análise da subescala e o construto em que ela se baseia e avalia (Almeida & Freire, 2000).

Relativamente aos índices de fidelidade, os valores de consistência interna variam entre 0,705 e 0,789 e as correlações dos itens com o total da escala variam entre 0,014 e 0,626. Estes valores traduzem coerência e homogeneidade entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da subescala, ou seja, entre a variância do resultado global da subescala e o somatório das variâncias dos diferentes itens (Almeida & Freire, 2000).

Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda

A subescala III engloba os itens que avaliam as competências para prestar a primeira ajuda, integrando-se num dos componentes do conceito de LSM (Jorm, 2012): *"first aid skills to support others affected by mental health problems"*.

Nas três escalas, a subescala aponta para a existência de duas dimensões que traduzem dois tipos de respostas de ajuda já anteriormente utilizadas em outros estudos (e.g. Kelly et al., 2005; Kelly & Jorm, 2007): por um lado o encaminhamento ativo com envolvimento de adultos e ajuda profissional; por outro, o apoio social e encaminhamento passivo,

traduzido num “apoio distante”, sem envolvimento efetivo na ajuda aos pares (Kelly et al., 2005). Paradoxalmente, estes resultados não encontram eco no estudo de avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental (Loureiro, 2015) que identificou uma estrutura fatorial complexa, pouco interpretável e com valores de fiabilidade baixos.

Estas duas dimensões assumem uma grande importância na avaliação da LSM, porque, por um lado, a maioria dos adolescentes sente insegurança e baixa confiança na sua capacidade de ajuda, limitando-se a dar apoio social e a fazer encaminhamento passivo, com baixa intenção de envolver adultos ou ajudas profissionais (Rosa et al., 2014b); por outro lado, porque a avaliação do impacto das ações de formação em termos de primeira ajuda em saúde mental para adolescentes e jovens (Loureiro, Sousa & Gomes, 2014) requer instrumentos fiáveis que avaliem de forma clara a aquisição de competências para prestar a primeira ajuda, sobretudo na dimensão do envolvimento de adultos e encaminhamento para ajuda profissional.

As diversas extrações efetuadas e a aplicação dos critérios definidos no enquadramento metodológico, conduziram à eliminação de três itens, sendo dois eliminados por apresentarem correlações negativas com a restante subescala, e um, porque revelou ser um item híbrido. Para além disso, na MentaHLiS-Ansiedade, um dos itens que se correlacionava negativamente com a restante subescala *‘continuar a tratá-lo/a como se ele/ela não tivesse qualquer tipo de problema’*, apresentava também valores muito baixos de comunalidades e de correlação com o fator.

A eliminação das variáveis com correlação negativa extinguiu uma das dimensões que emergiu na primeira extração, mas permitiu melhorar de forma significativa a consistência interna da subescala, o que, mesmo não podendo garantir que os itens excluídos não prejudiquem a validade de conteúdo (Pasquali, 2001, citado por Serrano & Noronha, 2013), nos pareceu a decisão mais adequada, ainda que discutível.

Neste sentido, Erthal (1987, citado por Figueiredo, Mattos, Pasquali & Freire 2008) refere que bons itens são aqueles que obtêm uma boa correlação com outros itens e uma correlação elevada com o score total do teste, enquanto os itens maus apresentam uma correlação nula ou negativa, acrescentando que, se um item mede um aspeto particular de uma variável ou de um construto, a sua correlação com o score total deve ser positiva.

Contrapondo, os resultados do estudo de avaliação das propriedades psicométricas do QuALiSMental (Loureiro 2015), à semelhança de outros estudos (e.g. Jorm et al., 1997; Jorm et al., 2000; Jorm et al., 2005), integra no componente *‘conhecimento sobre os profissionais que podem ajudar e tratamentos disponíveis e conhecimento das*

estratégias de auto ajuda’, uma dimensão designada como *‘estratégias prejudiciais’*, na qual pontuam três itens que traduzem intervenções prejudiciais (e.g. *utilizar bebidas alcoólicas para relaxar*), não se traduzindo na realidade por ajudas efetivas. Em termos de conteúdo, estes itens são muito semelhantes aos dois itens eliminados no nosso estudo. Por essa razão, a análise psicométrica desta dimensão no QuALiSMental revela valores que, ainda que satisfatórios, se afastam dos resultados apresentados noutros estudos (Loureiro, 2015).

Assim, colocando a ênfase na fidelidade da escala e na perspetiva pessoal de valorização das estratégias de ajuda efetiva, optou-se pela eliminação dos itens e a consequente eliminação da dimensão *‘estratégias prejudiciais’*.

A variável que foi eliminada por se ter revelado híbrida, ou seja, por ter apresentado *cross loadings* inferiores a 0,1, traduz uma opção de ajuda que tem na sua base conceitos teoricamente relacionados entre si, razão pela qual a sua discriminação mostrou alguma ambiguidade.

Se analisarmos a formulação do item *“Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança”* e as duas dimensões do construto teórico que o sustentam *“Apoio social e encaminhamento passivo”* e *“Encaminhamento ativo”*, são compreensíveis os problemas de discriminação. Semanticamente, o termo ‘sugerir’ poderá ter sido interpretado por alguns dos participantes como uma intervenção passiva, sem envolvimento efetivo (e.g. *‘porque é que não falas com a tua mãe?’*), enquanto outros poderão ter interpretado num sentido mais ativo, envolvendo-se na procura conjunta (e.g. *‘porque é que não vamos falar com a tua mãe?’*). Nesta situação, porque o item apresenta cargas fatoriais cruzadas (*cross loadings*) muito baixas, significando que avalia simultaneamente ambos os fatores, deve ser removido, permitindo purificar o fator, mas também aumentar a sua validade discriminante (Sass & Schmitt, 2010, citados por Damásio, 2012).

A versão final da subescala *‘Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda’* é constituída por um total de 7 itens agrupados em duas dimensões, *‘encaminhamento ativo’* e *‘apoio social e encaminhamento passivo’*, revelando qualidades psicométricas satisfatórios nas três escalas. Os índices de fiabilidade são razoáveis (0,708 a 0,756) e a correlação média dos itens com o total da subescala é, na totalidade dos casos, superior a 0,350, valores que indicam homogeneidade entre as respostas dos sujeitos aos itens da subescala.

A validade de construto, verificada através da análise fatorial exploratória, permitiu explorar a estrutura conceptual subjacente à subescala, resultando na organização dos itens em duas dimensões que traduzem dois tipos de respostas de ajuda. As cargas

fatoriais são, em todos os itens, superiores a 0,40 e os coeficientes de comunalidade compreendidos entre 0,376 e 0,787, sendo o valor médio para cada item de 0,575, valor considerado aceitável. As correlações médias entre os itens do fator 1 *‘suporte social e encaminhamento passivo’* variam de 0,295 a 0,460 e, no fator 2 *‘encaminhamento ativo’*, entre 0,366 e 0,433, valores significativamente diferentes de zero ($p < 0,01$).

Esta estrutura fatorial é consistente com as definições teóricas e conceptuais da LSM propostas por Jorm (2012), sendo encontradas as mesmas dimensões, ainda que com interpretações semânticas diferentes, no Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental (Loureiro, 2015). Podemos, pois, assumir que existe consonância entre os resultados obtidos na análise e o construto em que ela se baseia (Almeida & Freire, 2000).

Barreiras e facilitadores na procura de ajuda

A subescala IV compreende três fatores que avaliam dimensões relacionadas com as *‘Barreiras e facilitadores na procura de ajuda’*, constituindo uma componente fundamental na avaliação da LSM, sobretudo porque, barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda, influenciando-o de forma significativa, sobretudo ao nível da procura de ajuda profissional (Rosa et al., 2014b), sendo hoje claramente aceite que a LSM é um dos fatores chave que pode favorecer, inibir ou adiar essa procura (Loureiro, 2013b).

Apesar da importância que lhe é atribuída, esta variável não constitui um componente específico do conceito de LSM na sua definição mais recente (Jorm, 2012), estando, no entanto, relacionada com o componente *“knowledge of help-seeking options and treatments available”*, na medida em que a procura de ajuda e a opção por diferentes tipos de ajuda, poderá ser condicionada pela existência de barreiras ou fatores facilitadores que interagem no processo. Para além disso, esta variável está também integrada no Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental, cuja descrição detalhada se encontra em Loureiro et al. (2012).

As diversas extrações efetuadas com o objetivo de identificar a estrutura interna da subescala, tanto forçando a extração a um número de fatores fixo como através dos *eigenvalues*, conduziu a uma solução com três dimensões: *‘estigma e preconceito’*; *‘determinação e apoio social’*; e *‘confidencialidade’*. Estas dimensões relacionam-se de forma clara com os resultados de outros estudos, que utilizando diversos instrumentos e desenhos de investigação, têm analisado os fatores que podem dificultar ou promover a procura de ajuda em situações de doença mental: *‘confidencialidade’* (Gulliver et al.,

2010; Hernan et al., 2010; Jorm, 2000; Jorm, 2012; Scott & Chur-Hansen, 2008; Sheffield et al., 2004); *'estigma e preconceito'* (Gulliver et al., 2010; Hernan et al., 2010; Jorm, 2000; Jorm, 2012, Jorm et al., 2007b; Loureiro, 2013b; Scott & Chur-Hansen, 2008); e *'determinação e apoio social'* (Gulliver et al., 2010).

Esta subescala, na versão inicial sujeita a análise, era composta por 17 proposições correspondentes a outras tantas barreiras/facilitadores dos comportamentos de procura de ajuda, resultantes da exploração realizada com *focus group* e da correspondente análise de conteúdo.

A aplicação dos critérios definidos no enquadramento metodológico conduziu à eliminação de seis variáveis, atendendo aos critérios para significância das cargas fatoriais (validade convergente), por apresentarem valores de discriminação significativamente inferiores a 0,40 e por apresentarem cargas fatoriais de magnitudes semelhantes (*cross loadings* inferiores a 0,2) em mais do que um fator.

A análise da significância das cargas fatoriais dos itens indica-nos em que medida cada item mede o construto da dimensão a que pertence e não outro, permitindo a formação de estruturas conceptuais distintas (Ribeiro, 2010), sendo, pois, aconselhado, que tanto os itens com baixas correlações com a dimensão a que pertencem, como os que não discriminam, sejam eliminados da análise.

Por outro lado, quatro dos seis itens apresentavam também valores de comunalidade muito baixos ($< 0,250$), indicando que as variáveis não se correlacionavam de forma linear (Filho & Júnior, 2010), acrescentando evidência psicométrica para a sua eliminação.

Salienta-se ainda que dois dos seis itens eliminados destinavam-se à avaliação da importância atribuída às barreiras logísticas ou determinantes estruturais como são classificadas por Barker, Olukoya e Aggleton (2005). Este tipo de barreiras tem sido estudado e descrito em estudos de investigação recentes: Gulliver et al. (2010) descrevem barreiras como *"desconhecimento sobre os serviços de saúde mental"* e *"dificuldades de acessibilidade, (e.g. tempo, transporte, custos)"*; Aisbett et al. (2007) estudaram as *"dificuldades de transporte para aceder a ajuda profissional"*; Wilson et al. (2007) descrevem barreiras relacionadas com *"falta de tempo"*; Abram et al. (2008); Jorm et al. (2007b); e Sheffield et al. (2004) estudaram as barreiras relacionadas com os *"custos"*.

No nosso estudo, os dois itens *'ter serviços facilmente acessíveis e sem custos'* e *'conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis'* não discriminaram de forma a constituir um fator, observando-se *cross loadings* muito baixos para as três

dimensões, tendo sido excluídos. Este dado poderá ser parcialmente justificado pelo facto de os participantes no estudo residirem predominantemente em zona urbana e suburbana, com proximidade e disponibilidade de diversos serviços integrados no sistema nacional de saúde e, como tal, gratuitos.

Por fim, a análise das propriedades psicométricas da subescala *'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda'* revelou valores satisfatórios. A análise da validade de construto resultou na organização dos itens em três dimensões ou estruturas conceptuais, cada uma referente a diferentes barreiras/facilitadores da procura de ajuda: *'estigma e preconceito'*, *'determinação e apoio social'*, e *'confidencialidade'*. As três dimensões emergentes compreendem onze itens com cargas fatoriais superiores a 0,40 e coeficientes de comunalidade compreendidos entre 0,368 e 0,674, sendo o valor médio para cada item de 0,527, valor considerado aceitável. A correlação média entre os itens é de 0,361, para o fator 1 *'estigma e preconceito'*; 0,262 para o fator 2 *'determinação e apoio social'*; e 0,343 para o fator 3 *'confidencialidade'*, valores significativamente diferentes de zero ($p < 0,01$). Estes valores indicam que os itens de cada dimensão têm um nível de relação bem estabelecido entre si.

A análise de fidelidade mostrou-se adequada, com o coeficiente *alfa* a atingir o valor de 0,718, sendo indicador de uma razoável consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014) e com as correlações dos itens com o total da subescala a serem favoráveis, variando entre 0,206 e 0,453. Estes valores traduzem coerência e homogeneidade entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da subescala, ou seja, entre a variância do resultado global da subescala e o somatório das variâncias dos diferentes itens (Almeida & Freire, 2000).

Esta subescala permite perceber quais as principais barreiras na procura de ajuda e a importância relativa que lhes é atribuída pelos adolescentes, e em função disso, propor intervenções específicas, sobretudo no âmbito do combate ao estigma que, por via das expectativas sociais, se traduz numa barreira invisível com graves repercussões na decisão de procura de ajuda (Rickwood & Thomas, 2012; Rickwood et al., 2005). Neste campo é também importante reconhecer que as fontes de ajuda informais desempenham um papel fundamental ao nível do apoio. No entanto, salienta-se a sua importância no apoio, mas também a sua insuficiência na ajuda, podendo mesmo ser prejudiciais se a informação prestada for imprecisa e sem utilidade, tendo como consequência o agravamento dos sintomas e o atraso na procura de ajuda especializada (Power, Eiraldi, Clarke, Mazzuca, & Krain, 2005; Jorm, 2012, citados por Loureiro, 2013b)

Estilos de vida e comportamentos de saúde

A subescala V avalia as crenças sobre a importância de manter estilos de vida saudáveis e comportamentos promotores de saúde/saúde mental (e.g. alimentação, exercício físico, prevenção de riscos) que, para além da sua vertente preventiva, poderão ser considerados promotores de saúde mental, integrando-se na componente do conceito de LSM “*public’s knowledge of how to prevent mental disorders*” (Jorm, 2012).

Através da revisão da literatura foram construídos onze itens associados a estilos de vida e comportamentos de saúde que, após a análise efetuada, se mantiveram na totalidade, tendo-se organizado em torno de três dimensões: ‘*apoio social e imagem positiva*’; ‘*promoção da saúde física e mental*’; e ‘*prevenção de comportamentos de risco*’.

A dimensão ‘*apoio social e imagem positiva*’ integra fatores como o convívio com os amigos, a relação com os familiares, o sucesso escolar, a autoestima e a imagem corporal, como determinantes de saúde/saúde mental. Como refere Simões (2010), para a perceção de saúde parecem contribuir fatores como a satisfação consigo próprio e a satisfação com os contextos de vida significativos, acrescentando-se o suporte social como fator que contribui para o bem-estar e saúde dos adolescentes (Chen, Wang, Yang & Liou, 2003).

Vários estudos têm mostrado que as variáveis associadas ao apoio social e imagem positiva assumem uma relevância importante na saúde/saúde mental dos adolescentes. Um estudo realizado por King, Wold, Tudor-Smith e Harel (1996, citados por Simões, 2010) associa uma melhor integração social a fatores como ter amigos, passar tempo e ter facilidade de comunicação com eles. Estes fatores, associados à satisfação na relação com os pares, assumem uma grande importância para o bem-estar, no entanto, outros fatores como uma boa comunicação com os pais e a perceção de um bom relacionamento familiar estão positivamente associadas com o bem-estar subjetivo e negativamente com sintomas de mal-estar dos adolescentes (Weitoft, Hjern, Haglund & Rosen, 2003).

As atitudes positivas em relação à escola e a perceção de um ambiente escolar positivo têm sido também referenciados como fatores significativamente associados ao bem-estar dos adolescentes (Burns, Andrews & Szabo, 2002). Kings et al. (1996, citados por Simões, 2010) referem ainda a satisfação com a aparência como fator importante para o bem-estar psicológico dos adolescentes, estando claramente associada à autoestima, entendida como expressão de saúde mental, sobretudo no aspeto prático da compreensão da busca de felicidade por parte das pessoas (Andrade & Souza, 2010).

A dimensão *'promoção da saúde física e mental'* relaciona-se com um conjunto de hábitos (e.g. sono, alimentação, exercício físico) que, ainda que não estejam direta e estritamente relacionados com o bem-estar psicológico e com a saúde mental, representam comportamentos que a influenciam e condicionam.

Os estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma relação direta entre o sono e as perturbações mentais, onde a prevalência das perturbações depressivas, de ansiedade e abuso de substâncias aumenta aquando da presença de distúrbios do sono (Breslau, Roth, Rosenthal & Andresti, 1996).

Por outro lado, também a alimentação tem um papel importante na saúde em geral, salientando-se a sua importância como fator preventivo dos problemas de saúde mental. Como referem Sarris et al. (2015), os determinantes da saúde mental são complexos, mas, cada vez mais, há evidências sobre a importância da nutrição e a sua implicação na prevenção dos problemas de saúde mental e na diminuição da sua incidência. Os mesmos autores defendem o reconhecimento da dieta e da nutrição como determinantes centrais da saúde física e mental, afirmando que os novos estilos de vida têm contribuído para o aumento significativo da ansiedade, depressão e outras perturbações mentais, e que uma dieta rica em alimentos integrais, legumes, frutas, frutos do mar, carne magra, nozes e leguminosas, evitando-se o consumo de processados, fornece nutrientes essenciais para prevenir várias perturbações mentais.

O exercício físico é também um fator-chave para a promoção do bem-estar, traduzindo-se de forma direta na libertação de endorfinas, cuja alteração desencadeada ao nível do estado afetivo, é similar à ocorrida quando são consumidas substâncias opiáceas exógenas (Morgan, 1985), razão pela qual a maioria das pessoas experimenta sensação de bem-estar após o envolvimento em exercício físico (Zmijewski & Howard, 2003), verificando-se uma repercussão positiva ao nível das respostas afetivas.

Assim, pode-se afirmar, que para além da sua repercussão ao nível das respostas afetivas, sobretudo do estado de humor (Hoffman & Hoffman, 2008), existem outros benefícios na esfera cognitiva proporcionados pelo exercício físico, como a melhoria do bem-estar e da saúde mental (Penedo & Dahn, 2005), o controle dos níveis de ansiedade e stress (Smits et al., 2008), e a redução dos estados depressivos (Rot, Collins & Fitterling, 2009).

Nesse sentido, o envolvimento de indivíduos em atividades físicas, está associado a maiores níveis de bem-estar, satisfação com a vida e felicidade (Stubbe, De Moor, Boomsma & De Geus, 2007).

Dentro dos múltiplos fatores que afetam a saúde, encontram-se os comportamentos com ela relacionados. Os estados de mal-estar, perturbação ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável (Adler, 1995, citado por Simões, 2010), que por sua vez é composto por padrões comportamentais de risco, apresentando-se em vários contextos e sendo mantidos ao longo do tempo. Contudo, estes comportamentos de risco têm que ser diferenciados no sentido em que alguns comportamentos não são mais do que simples experiências construtivas integradas em processos de desenvolvimento normal, outros têm potencial para comprometer o desenvolvimento ajustado dos jovens, e outros podem ser considerados de risco, pelo facto de ocorrerem num momento em que não era à partida suposto terem lugar, como é o caso do consumo de álcool ou o comportamento sexual em idades precoces (Simões, 2010).

A dimensão '*prevenção de comportamentos de risco*' integra um conjunto de comportamentos (e.g. não consumir álcool, tabaco ou outras drogas; prevenir o risco de acidentes; não ter sexo antes da idade) que se enquadram nas diferentes interpretações apresentadas para a sua compreensão.

Em síntese, as três dimensões que emergiram da análise integram-se nas categorias propostas pelo '*Youth Risk Behavior Surveillance System*' (YRBSS) desenvolvido pelo *Centers for Disease Control (CDC) dos Estados Unidos da América* e que avalia os comportamentos de risco em 6 categorias: (i) comportamentos relacionados com a violência; (ii) uso de tabaco; (iii) uso do álcool e outras drogas; (iv) comportamentos sexuais; (v) comportamentos alimentares pouco saudáveis; e (vi) falta de prática ou atividade física inadequada (CDC, 2004, citado por Carvalho, 2013), mostrando que os adolescentes perspetivam a prevenção, quer pela manutenção e promoção das redes sociais de apoio e suporte, quer pela adoção de comportamentos saudáveis promotores de saúde física e mental e prevenção de comportamentos de risco, tais como evitar a utilização de álcool e de outras drogas, o que tende a associar-se com a intenção de pedir ajuda em saúde mental (Loureiro, 2015).

Por fim, a análise das propriedades psicométricas da subescala '*Estilos de vida e comportamentos de saúde*' revelou valores bons. A consistência interna mostrou-se adequada, com o coeficiente *alfa* a atingir o valor de 0,811, com as correlações dos itens com o total da subescala a serem favoráveis, variando entre 0,390 e 0,567. Estes valores traduzem coerência e homogeneidade entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da subescala.

A análise da validade de construto resultou na organização dos itens em três dimensões correspondentes a diferentes crenças sobre estilos de vida e comportamentos de saúde:

‘apoio social e imagem positiva’, ‘promoção da saúde física e mental’ e ‘prevenção de comportamentos de risco’.

As três dimensões emergentes compreendem onze itens com cargas fatoriais superiores a 0,40 e coeficientes de comunalidade compreendidos entre 0,400 e 0,779, sendo o valor médio para cada item de 0,605, o que, segundo os parâmetros definidos anteriormente, é considerado um valor aceitável. A correlação média entre os itens é de 0,386, para o fator 1 *‘apoio social e imagem positiva’*; 0,518 para o fator 2 *‘promoção da saúde física e mental’*; e 0,471 para o fator 3 *‘prevenção de comportamentos de risco’*, valores significativamente diferentes de zero ($p < 0,01$).

As onze variáveis organizaram-se de acordo com uma estrutura fatorial consistente com as diferentes definições teóricas e conceptuais, tanto ao nível dos estilos de vida e comportamentos de saúde, como da LSM e, como acima referido, amplamente estudadas e discutidas.

Análise do poder discriminativo de grupos

Procurámos conhecer a capacidade da MentaHLiS discriminar entre populações normativas de adolescentes, comparando grupos definidos em função de duas variáveis sociodemográficas: ‘género’ e ‘grupo etário’. A análise baseou-se na apreciação do poder discriminativo dos scores totais obtidos nas quatro subescalas de cada escala e na análise das diferenças entre os grupos, utilizando-se o teste *t* para amostras independentes.

A hipótese adotada foi a de que se o questionário apresenta validade discriminante, as pontuações deverão diferir de forma significativa entre os grupos, em função das variáveis.

Os resultados reforçam a hipótese de que a MentaHLiS apresenta poder discriminativo, sendo sensível a diferenças de género e de grupo etário. Na sua maioria, os scores mostraram ser sensíveis às variáveis sociodemográficas estudadas, sendo essa diferença mais evidente na variável ‘género’.

Este resultado é expectável porque as normas internalizadas e as expectativas sobre os papéis de género, bem como as práticas de socialização, têm sido apontadas pelos investigadores como fatores importantes e com potencial de diferenciação ao nível da LSM, sobretudo nas dimensões do reconhecimento das perturbações e nos comportamentos de procura e oferta de ajuda (Rosa et al., 2014b).

As raparigas são encorajadas a ser empáticas, emocionalmente expressivas e orientadas para o relacionamento, enquanto os rapazes podem ser menos incentivados a identificar e expressar as suas experiências emocionais. Às raparigas pode também ser permitida maior liberdade para expressar vulnerabilidades, incluindo a tristeza e o medo, ao passo que os rapazes poderão estar mais suscetíveis a mensagens explícitas e implícitas relativas à vergonha de mostrar essas mesmas vulnerabilidades (Burns & Rapee, 2006; Rickwood et al., 2005). Por outro lado, as diferenças de género são também muito significativas relativamente à capacidade de reconhecimento das perturbações, com os jovens do sexo masculino a evidenciarem menor competência de reconhecimento dos sintomas associados à doença mental (Burns & Rapee, 2006; Cotton et al., 2006; Hernan et al., 2010; Leighton, 2009; Scott & Chur-Hansen, 2008). Este facto, naturalmente, poderá também condicionar a forma como rapazes e raparigas demonstram competências ao nível das restantes dimensões da LSM.

Relativamente ao grupo etário, o grupo dos adolescentes mais jovens revelou melhores resultados que os seus colegas mais velhos, sobretudo ao nível do reconhecimento da importância de manter estilos de vida saudáveis e comportamentos de saúde, verificando-se também, ainda que só numa das três escalas, diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos de procura de ajuda e na identificação de um menor número de barreiras.

Assim, a escala demonstra ter sensibilidade discriminante entre grupos, no sentido previsto, apresentando uma boa capacidade para identificar diferenças ao nível da LSM em função do género e da idade. Estes dados constituem fontes adicionais de validade de construto do instrumento avaliado (Borsboom, Mellenbergh & Van Heerden 2004; Polit & Hungler, 1995).

PARTE III

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

CAPÍTULO 1

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

1. Conclusões

Esta tese teve como objetivo principal a construção e validação de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental em adolescentes, sobre três perturbações comuns: depressão; ansiedade; e abuso de álcool. Utilizou-se uma abordagem mista com metodologias qualitativas para o desenvolvimento do instrumento e metodologias quantitativas para avaliação das suas propriedades psicométricas.

Para a construção e desenvolvimento do instrumento, além da análise da literatura científica sobre o tema, constituiu-se um painel de peritos, recorrendo aos contributos de profissionais de reconhecido mérito e experiência nas áreas da Medicina, Enfermagem e Psicologia, o que permitiu validar as vinhetas a utilizar como estímulo para avaliar os componentes da LSM. Utilizou-se ainda uma amostra de 23 adolescentes que constituíram três *focus group* e possibilitaram a exploração e recolha da informação necessária para a construção dos itens da MentaHLiS.

O processo de validação e análise das propriedades psicométricas do instrumento foi realizado com uma amostra de 757 adolescentes, estudantes do 2º e 3º ciclos e secundário, a frequentar escolas públicas pertencentes ao distrito de Coimbra, que acederam participar após informação dos objetivos do estudo e autorização expressa dos encarregados de educação.

O instrumento construído e posteriormente utilizado na recolha de dados, era formado por duas partes, a primeira contendo questões dirigidas à caracterização dos participantes, e a segunda, constituída por um conjunto de frases (itens), agrupadas em construtos e apoiadas por vinhetas ou cenários relacionados com as perturbações específicas a estudar.

Para construir, operacionalizar e fundamentar a MentaHLiS, recorreu-se ao quadro conceptual da LSM, sobretudo aos trabalhos de Anthony Jorm e seus colaboradores, e à operacionalização dos itens resultantes da exploração dos seus componentes, realizada com *focus group*.

Da revisão dos estudos realizados com amostras de adolescentes sobressai, entre outros aspetos:

- A evidência da escassez de investigação em LSM, sobretudo para as perturbações menos comuns;
- As dificuldades dos adolescentes para reconhecer as perturbações e identificar os seus sintomas-chave, o que se traduz na prática, por défices significativos ao nível dos comportamentos de procura de ajuda;
- A existência de um conjunto de fatores que se constituem como barreiras no acesso à ajuda profissional, destacando-se o estigma, a resiliência e a preferência por ajudas informais;
- A falta de confiança dos adolescentes nas suas capacidades para ajudar os pares, o que compromete a primeira ajuda em saúde mental, resultando, por vezes, no envolvimento dos pares em comportamentos de risco como o consumo de substâncias, enquanto forma de resposta ao sofrimento psicológico;
- A importância das novas tecnologias como a internet e o SMS, as linhas telefónicas de ajuda e os programas escolares de sensibilização, como meios importantes de promoção da LSM, contribuindo de forma significativa para modificar a opinião dos adolescentes sobre as questões da saúde mental e procura de ajuda, e assim, minimizar as consequências negativas.

Do processo de construção do instrumento, sobretudo da realização dos *focus group*, retirámos também algumas conclusões:

- As respostas fornecidas pelos participantes às diversas questões e pistas de exploração integram-se de forma clara nos componentes do conceito de LSM proposto por Anthony Jorm e seus colaboradores, permitindo verificar a sua transversalidade;
- As limitações ao nível da LSM e as preocupações evidenciadas pelos participantes exigem respostas urgentes, sobretudo intervenções no âmbito da educação para a saúde integradas nos contextos educativos e escolares e ajustadas à especificidade dos adolescentes, facilitando a tomada de decisão e adoção de comportamentos de saúde e de procura de ajuda profissional para os problemas de saúde mental.

A análise técnica da MentaHLiS permitiu obter uma ferramenta consistente do ponto de vista psicométrico e com algumas vantagens relativamente a outros instrumentos, sobretudo no que se refere à sua dimensão e facilidade de aplicação, tanto no contexto escolar como na prática clínica. A análise efetuada permitiu assegurar a sua validade interna e fidelidade, obtendo-se coeficientes, na análise fatorial e na análise de consistência interna, nitidamente favoráveis aos seus objetivos, partindo de um referencial teórico e empírico ligado à LSM.

Não existindo scores de referência ou pontos de corte, não é possível converter os scores obtidos numa variável categorial do tipo “literato”/“iliterato”. Assim, um score médio de um indivíduo ou grupo pode unicamente ser interpretado em relação ao score médio de outro indivíduo ou grupo. Quanto maior a pontuação, maior a concordância com os diferentes fatores (e.g. comportamento, importância das fontes de ajuda, etc.) expressos em cada dimensão.

Em síntese, a MentaHLiS é um instrumento fiável e específico para avaliar a LSM em adolescentes, constituindo uma base que permite ao enfermeiro identificar e reconhecer a existência de problemas, mas também conceber e implementar programas específicos de educação e sensibilização para a saúde mental em contextos de proximidade que os possam minimizar ou eliminar. Estes programas, pela sua complexidade, exigem instrumentos adequados que permitam monitorizar o seu efeito.

A MentaHLiS é, neste sentido, um contributo importante, pois, para além de poder ser aplicada como medida de rastreio da literacia, permite também obter a informação necessária para delinear programas de intervenção inclusivos e adequados aos contextos e público-alvo, capazes de dar resposta a focos de enfermagem, possibilitando a obtenção de indicadores de resultado positivos, e ainda, avaliar o impacto das intervenções de enfermagem no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes.

Por fim, verificamos que na literatura de enfermagem existe ainda uma falta de enquadramento conceptual acerca da LSM. Sendo a prática dos enfermeiros baseada nas ciências de enfermagem, devemos continuar a expandir o desenvolvimento de quadros conceptuais para a investigação em enfermagem com o objetivo de melhorar os conhecimentos, orientar as práticas e, no final, melhorar os resultados em termos de saúde mental dos utentes. Este estudo fornece também um pequeno contributo neste sentido.

2. Limitações

Este estudo tem, contudo, algumas limitações. Antes de mais, a amostragem, que apesar de ter na sua base critérios de aleatoriedade na seleção das escolas, não representa a população portuguesa, tendo os participantes sido recrutados unicamente em escolas públicas do Distrito de Coimbra. Utilizou-se o critério de conveniência, que sendo simples e pouco dispendioso, levanta desde logo questões sobre a sua representatividade.

A amostra pode não refletir a realidade cultural e socioeconómica da população de adolescentes à qual o estudo se dirige, sobretudo se considerarmos que as escolas onde foi realizada a colheita de dados são, na sua maioria, urbanas e suburbanas e de zona litoral. Como tal, aspetos específicos, como por exemplo a interioridade e a ruralidade, poderão não estar suficientemente representados. Este facto importa porque inviabiliza a generalização das conclusões para a população da faixa etária abrangida, partindo desta amostra e dos estudos de validade e fidelidade realizados.

Por outro lado, o tamanho da amostra, não inviabilizando a investigação empírica, revelou-se modesto face ao ideal para este tipo de estudos, sobretudo na dimensão das subamostras utilizadas na validação das subescalas “I”, “II” e “III”.

Outra limitação resulta do tipo de instrumento utilizado que, sendo uma escala de autopreenchimento, recorre forçosamente à autoavaliação realizada pelos participantes do estudo. Este método, apesar de ser frequentemente utilizado, pode subestimar ou sobrestimar a realidade, deixando-se permeabilizar pelo efeito da desejabilidade social, apesar de terem sido conduzidos todos os esforços no sentido de a minimizar.

Finalmente, a transversalidade do estudo poderá também representar uma limitação, na medida em que constituiu um impedimento à análise da estabilidade temporal da MentaHLiS. De facto, a metodologia de recolha de dados utilizada não possibilitou o recurso a uma segunda administração do instrumento, mesmo que numa subamostra. De salientar que não nos seria possível recorrer de novo a parte dos adolescentes que participaram no estudo, sem que isso comprometesse o seu anonimato. Tratando-se de um primeiro estudo especificamente dirigido a adolescentes, e tendo em conta a especificidade desta população, considerámos que a adesão seria maior num registo de anonimato. Assim, investigações futuras deverão incluir o estudo da fidelidade teste-reteste deste instrumento.

Conforme apresentámos anteriormente, que seja do nosso conhecimento, a MentaHLiS é o primeiro instrumento construído de raiz para avaliar a LSM em adolescentes, diferenciando-se dos outros instrumentos existentes a nível nacional e internacional, tanto na sua dimensão como no método de avaliação. Assim, pelo exposto, mas também porque se trata da primeira versão, consideramos ser prudente e importante a realização de mais estudos de validade de construto, especificamente a realização de análise fatorial confirmatória.

3. Relevância do estudo para a prática de enfermagem

Faremos agora uma abordagem das implicações deste estudo para a prática de enfermagem.

A saúde mental pelo prisma da saúde pública

A definição de saúde pública tem evoluído ao longo dos tempos, passando do conceito estreito do saneamento do meio físico, para o conceito lato de preservação integral da Saúde do Homem (Sampaio, 1960, citado por George, 2004).

Em 1920, Winslow, definia Saúde Pública como a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio, o controlo das doenças transmissíveis, a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento de competências sociais, de modo a assegurar a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (Winslow, 1920).

Em 1988, no *“Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function”*, o inglês Donald Acheson definiu Saúde Pública como a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados da sociedade (Acheson Report, 1988).

Mais recentemente Souza, Mercadante, Arantes, Ferreira e Vasconcelos (2006) definem Saúde Pública como a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população.

Ao analisar estas definições, há dois aspetos que emergem: por um lado, a tónica na necessidade de educação dos indivíduos; por outro, a necessidade de organização dos serviços médicos e de enfermagem em torno da promoção da saúde, prevenção da doença e diagnóstico precoce, sendo clara, independentemente do conceito, a importância da interdisciplinaridade e do envolvimento social.

Na procura da preservação integral da saúde do Homem surge recentemente uma “Nova Saúde Pública” (George, 2004) que procura transferir para os cidadãos informações capazes de gerarem consciência dos riscos, mas também, tranquilidade e serenidade. É nesse quadro que se situa o funcionamento dos atores e dos dispositivos que visam assegurar a informação pública, nomeadamente através de programas e intervenções

específicas de educação para a saúde, com recurso, também, a estratégias tecnológicas, mais inovadoras e de acesso fácil, especialmente às populações mais jovens.

A prevenção e o controlo dos problemas de saúde, onde se enquadra a saúde mental, impõem a conjugação de atividades sinérgicas, conduzidas por especialistas de diferentes disciplinas científicas e de múltiplas áreas dos setores público, social e privado.

É nesta “Nova Saúde Pública”, inovadora, dinâmica, interdisciplinar e intimamente articulada com outros sectores, que se enquadra a LSM enquanto conceito claramente interdisciplinar, mas, como veremos adiante, com relevância acrescida para a prática dos enfermeiros.

Num modelo de saúde integrado e baseado na evidência, a saúde mental emerge como determinante chave da saúde pública. A OMS considera-a indissociável da Saúde Física e da Social, pois são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes, sendo indispensáveis ao bem-estar dos indivíduos em geral, das sociedades e dos países (OMS, 2001, citada por Paixão et al., 2009).

Sendo a saúde mental um fator essencial de coesão social, de produtividade, de paz e estabilidade no ambiente em que se vive, contribuindo para o capital social e desenvolvimento económico das sociedades, em 2005, a OMS estabeleceu a promoção da saúde mental como uma prioridade de saúde pública, e reconheceu a importância de intervir principalmente nos adolescentes e jovens (WHO, 2005).

Considerando o cenário recente (e ainda atual) de crise social e económica na Europa, a promoção da saúde mental torna-se ainda mais urgente, especialmente nos adolescentes, uma vez que as vulnerabilidades associadas ao desenvolvimento estão a ser potenciadas por fatores externos, tais como dificuldades financeiras ou desemprego dos pais, o que pode levar os adolescentes a desenvolverem problemas de saúde mental. Deste modo, melhorar a LSM nos adolescentes, aumentando a sua capacidade para lidar com os desafios esperados e inesperados, é uma prioridade inquestionável (Campos, Dias & Palha, 2014).

A profissão de enfermagem representa o maior segmento do mercado de trabalho afeto aos cuidados de saúde e a sua prática abrange todo o espectro de cuidados, desde a promoção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à coordenação de cuidados, e à intervenção paliativa e de cuidados de fim de vida, pelo que os enfermeiros se posicionam de forma ideal para ajudar os utentes dos serviços de saúde, desempenhando um papel crucial em todos os aspetos deste *continuum*.

A comunicação e a educação para a saúde constituem duas áreas fundamentais para a promoção da “literacia” como conceito fundamental na promoção da saúde e prevenção

da doença. A promoção da LSM envolve não só uma melhor compreensão da informação ligada à saúde/doença mental, mas também o desenvolvimento de competências que são fundamentais para o empoderamento dos indivíduos (Nutbeam, 2000). São aspetos como estes que reforçam a ideia de que a educação para a saúde, especificamente ao nível da promoção da LSM, é um conteúdo cada vez mais importante na dimensão educacional dos adolescentes e jovens, mas também da população em geral, tendo em vista o alcançar dos objetivos de obtenção de uma saúde positiva, entendida como o estado do organismo que se aproxima da situação em que não sofre de doença ou de perturbação não sintomática que conduza à doença, isto é, que mantém a normalidade do seu equilíbrio funcional, físico e psíquico (Gonçalves & Domingues, 2000).

Assim se compreende que todos os atores da área da saúde mental, particularmente os enfermeiros, devam implementar e/ou intensificar as medidas de prevenção das doenças mentais e das suas consequências, uma vez que é da sua ação conjunta que resulta essa abordagem interdisciplinar que poderá trazer novos desenvolvimentos para a promoção da saúde mental.

A educação para a saúde como elemento de competência dos enfermeiros

O enfermeiro, no seu papel de educador, ao disponibilizar informação de forma acessível e compreensível, promove a LSM, permitindo aos adolescentes modificar o seu conhecimento e crenças sobre as doenças mentais, reduzir o estigma e promover os comportamentos de procura de ajuda profissional.

Devemos, pois, enfatizar o potencial da educação e da promoção da saúde, no bem-estar e na redução dos riscos associados às doenças mentais, nomeadamente em fases específicas de transição como a adolescência, de tal forma que esta área de intervenção se configura como fundamental no âmbito do exercício autónomo do enfermeiro que se encontra regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O regulamento de Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2011b) é inequívoco ao afirmar que os enfermeiros no domínio da prestação e gestão de cuidados participam em iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, (...) acrescentando, no âmbito da educação para a saúde, o enfermeiro dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde. O mesmo documento refere ainda que o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação, atendendo às políticas de saúde e sociais (...).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental assistem a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. Para isso, avaliam de forma abrangente as necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade e coordenam, implementam e desenvolvem projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção das perturbações mentais na comunidade e grupos, implementando programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, (...) bem como programas de intervenção precoce (OE, 2011a).

Se nos reportarmos ao conteúdo dos documentos referenciados, podemos afirmar que os focos prioritários são a definição de diagnósticos de situação e a promoção da saúde mental e que os enfermeiros, principalmente os especialistas nesta área, têm regulamentado um conjunto de competências específicas que, na nossa opinião, os colocam na primeira linha de intervenção ao nível da promoção da LSM. Neste sentido, é fundamental estarem dotados de instrumentos específicos e fidedignos que permitam avaliar níveis objetivos de LSM e monitorizar a aquisição efetuada, resultante da implementação de programas específicos de promoção da LSM.

Vários estudos, tanto nacionais como internacionais (e.g. Loureiro et al., 2013b; Oh et al., 2009; Swords et al., 2011a), têm mostrado que os adolescentes evidenciam baixos níveis de LSM, colocando a tónica na necessidade de desenvolver programas específicos, com intervenções em meio escolar, mas também a utilização de estratégias mais inovadoras e acessíveis, especialmente às populações mais jovens, como é o caso das linhas telefónicas interativas ou a criação de *sites* na internet. Estas estratégias, nas quais os enfermeiros deverão estar envolvidos, são determinantes na promoção da LSM, o que se torna fundamental, pois sabemos que grande parte das perturbações tem a sua primeira ocorrência na adolescência, sendo este grupo específico, o que menos contacto tem com os sistemas de saúde, evidenciando ainda grande relutância em procurar ajuda profissional especializada (Loureiro et al., 2012b).

Também algumas políticas de saúde nacionais e internacionais têm enfatizado a emergência de reconhecer a saúde mental dos adolescentes e jovens no contexto escolar como uma área de intervenção prioritária. Em Portugal, estas políticas encontram-se plasmadas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que definiu como um dos seus grandes objetivos, reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações, devendo ser alcançada

através da implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, direcionados para áreas e grupos de risco diversos, como é o caso dos adolescentes.

Por outro lado, tendo por base o documento da Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais, o plano privilegia, entre outras, as seguintes estratégias: criação de programas de educação sobre saúde mental na idade escolar; sensibilização e informação em diversos setores, como os Cuidados de Saúde Primários, escolas, centros recreativos, locais de trabalho, programas na televisão e Internet, e comunicação social em geral.

Os dados apresentados relativos ao nosso país, mas sustentados por documentos internacionais, indicam a necessidade de serem realizadas intervenções promotoras da LSM nos adolescentes com incidência particular na escola.

A enfermagem, enquanto prática social, centra a sua atuação nas diversas esferas da pragmática assistencial. Podemos então afirmar que os enfermeiros, ao atuarem em áreas e contextos distintos, são os verdadeiros esteios dos utentes e dos serviços de saúde, posicionando-se de forma privilegiada para criar uma mudança cultural capaz de transferir o foco de atenção para a otimização da saúde e bem-estar dos utentes. É neste sentido que, estando na primeira linha da prestação de cuidados, desempenham um papel crucial na promoção da LSM nos adolescentes, contribuindo através do aconselhamento e educação para a saúde, mas também através da exploração das novas tecnologias, para os orientar, ajudando a alcançar os objetivos abrangentes do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Pelo exposto, torna-se clara a importância deste estudo e a sua relevância para a prática de enfermagem, visando a promoção de uma saúde positiva nos adolescentes. Baixos níveis de LSM implicam dificuldades significativas no que diz respeito a aspetos como por exemplo, a compreensão das doenças mentais e dos seus sintomas, a procura de ajuda adequada, a capacidade de ajudar os pares com problemas de saúde mental, e a identificação dos recursos disponíveis ao nível da comunidade. Como consequência verificamos maior número de hospitalizações, aumento dos custos com cuidados de saúde mental e global, e pior estado geral de saúde (Weiss et al., 2005).

Assim, a avaliação dos níveis de LSM permite ao enfermeiro identificar e reconhecer a existência destes problemas e planear formas de os minimizar ou eliminar através do uso de medidas específicas em contextos de proximidade, bem como modificar e reforçar as atitudes ou medidas existentes que se revelem inadequadas (Frankish, 2007). É importante referir, contudo, que os programas de promoção da LSM em adolescentes, pela sua complexidade, exigem instrumentos que permitam monitorizar o seu efeito.

A MentaHLiS é, neste sentido, um contributo importante, pois, para além de poder ser aplicada como medida de rastreio da literacia, permite também avaliar o impacto das intervenções de enfermagem no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes. Por outro lado, permite-nos a informação necessária para delinear programas de intervenção inclusivos e adequados aos contextos e à população alvo, sendo fundamental que o enfermeiro seja capaz de os ajustar, tendo subjacentes estes fatores, mas também a necessidade de dar resposta a focos/diagnósticos de enfermagem, possibilitando a obtenção de indicadores de resultado positivos. Estes resultados são cada vez mais importantes se considerarmos o cenário recente de crise económica e social na Europa, no qual o Governo Português, através do Ministério da Saúde, tem vindo a considerar os indicadores em Saúde como uma prioridade estratégica para o futuro do Serviço Nacional de Saúde.

De seguida apresentaremos um conjunto de diagnósticos de enfermagem e indicadores de resultado que, de um modo geral, poderão ser sensíveis às intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde.

Diagnósticos de enfermagem e indicadores de resultado

A malha estrutural para a prática profissional dos enfermeiros é o processo de enfermagem. Internacionalmente, os componentes aceites na sua estrutura incluem, de um modo geral, a avaliação inicial, o diagnóstico, a identificação de resultados, o planeamento, a implementação e a avaliação (American Nurses' Association [ANA], 2010). Apesar desta apresentação esquemática e parcelar, o processo de enfermagem é, na realidade, dinâmico e inter-relacionado, exigindo ao enfermeiro capacidades de leitura da situação, raciocínio crítico e habilidades de comunicação, bem como uma avaliação crítica e a utilização de um conjunto significativo de conhecimentos específicos.

A formulação de diagnósticos e critérios de resultados, enquanto componentes-chave do processo de enfermagem, é fundamental para a prática profissional e, em consequência, para a intervenção, no âmbito da educação e promoção da saúde.

Sendo a correção da formulação de diagnósticos essencial para a construção da ciência de enfermagem (Lunney, 2012), os enfermeiros deverão socorrer-se dos referenciais adequados para determinar as melhores evidências para uso na prática. A classificação dos diagnósticos da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*), em conjunto com a NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e a NIC (*Nursing Interventions Classification*), constituem a taxonomia 'NNN' (Herdman, 2013),

uma estrutura de enfermagem com ligações entre diagnósticos, intervenções e resultados categorizados para uso na prática.

A NANDA-I define um diagnóstico como um julgamento clínico sobre experiências/respostas de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, processos de vida, ou uma vulnerabilidade, constituindo a base para a escolha das intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados que são da responsabilidade dos enfermeiros (Herdman, 2013), sendo aceites internacionalmente como parte do atendimento sistematizado e individualizado dos enfermeiros (ANA, 2009).

A NANDA-I utiliza uma estrutura multiaxial na criação dos diagnósticos, considerando essencial que se tenha em consideração o conjunto dos sete eixos: (1) 'Foco do diagnóstico'; (2) 'Sujeito do diagnóstico'; (3) 'Julgamento'; (4) 'Localização'; (5) 'Idade'; (6) 'Tempo'; e (7) 'Situação do diagnóstico'.

O Eixo 7 refere-se à realidade ou à potencialidade do diagnóstico ou à sua categorização. A esse propósito, a NANDA-I identifica quatro tipos de diagnósticos: diagnósticos reais ou com foco no problema; diagnósticos de promoção da saúde; diagnósticos de risco; e síndrome.

No contexto deste trabalho, atendendo à especificidade da intervenção dos enfermeiros ao nível da promoção da saúde, e considerando também o tipo de população em estudo, iremos centrar-nos predominantemente sobre os diagnósticos de promoção da saúde e de risco, cujos resultados são sensíveis às intervenções de enfermagem, no âmbito da educação/promoção da saúde, bem como os respetivos indicadores de resultados. Neste sentido, um resultado sensível aos cuidados de enfermagem poderá ser definido como "Um estado, comportamento ou percepção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem..." (Johnson, Mass & Moorhead, 2004, p. 68).

Diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde: descrevem um julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme expresso na disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, que pode ser usada em qualquer estado de saúde (Herdman & Kamitsuru, 2015). Para identificar um diagnóstico de promoção da saúde devem estar presentes os seguintes elementos: características definidoras que começam com a frase, "expressa o desejo de melhorar..."

Diagnósticos de enfermagem de risco: são julgamentos clínicos relacionados com a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para desenvolver

respostas humanas indesejáveis a condições de saúde/processos de vida (Herdman & Kamitsuru, 2015). Devem estar presentes os fatores de risco que contribuem para aumentar a vulnerabilidade.

Diagnóstico com foco no problema: são julgamentos clínicos a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em indivíduos, família, grupo ou comunidade (Herdman & Kamitsuru, 2015).

A NANDA-I acredita que a estrutura de um diagnóstico de enfermagem, como um enunciado que inclui o conceito diagnóstico e os fatores relacionados, conforme mostrados por características definidoras, seja a melhor prática clínica. A adequação do diagnóstico de enfermagem é validada quando o enfermeiro consegue, com clareza, identificar e ligar as características definidoras (indícios/inferências passíveis de observação, agrupadas como manifestações de um diagnóstico real ou de promoção da saúde), ou os fatores de risco (fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade em relação a um evento não saudável), encontrados na colheita de dados do doente (Herdman, 2013).

De seguida apresentaremos algumas propostas de diagnósticos de enfermagem e critérios de resultado, sensíveis às intervenções de enfermagem no domínio da promoção da LSM e da saúde mental dos adolescentes. As propostas apresentadas têm por base os domínios e as classes de diagnósticos propostos pela NANDA International (Herdman & Kamitsuru, 2015) e incluem as características definidoras e os fatores relacionados que considerámos relevantes para sustentar as intervenções centradas na educação/promoção da saúde e na avaliação da sua eficácia.

Os critérios de resultado foram obtidos através dos enunciados descritos na NOC (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010). Pretende-se, com estes critérios, sugerir formas de avaliação em termos de melhoria do conhecimento dos adolescentes, nesta situação específica, com défices de LSM. Ainda que alguns possam parecer muito específicos, considerámo-los relevantes porque permitem obter “pequenos” ganhos que, no contexto da adolescência, se poderão traduzir em ganhos significativos de autonomia e adaptação, com repercussões a nível pessoal, familiar e social.

Diagnóstico: Conhecimento deficiente

Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada com um tópico específico.

Caraterísticas definidoras:

- Conhecimento insuficiente
- Desempenho inadequado
- Seguimento inadequado de instruções

Fatores relacionados:

- Conhecimento insuficiente de recursos
- Informação insuficiente (falta de familiaridade com os recursos)
- Interesse insuficiente em aprender

Resultados sugeridos:

- Conhecimento: comportamento de saúde
- Conhecimento: cuidados na doença
- Conhecimento: processo de doença
- Conhecimento: procedimentos de tratamento
- Conhecimento: promoção da saúde
- Conhecimento: recursos de saúde

Diagnóstico: Disposição para conhecimento melhorado

Definição: Padrão de informação cognitiva relativo a um tópico específico ou sua aquisição, que pode ser fortalecido.

Caraterísticas definidoras:

- Expressão de desejo de melhorar a aprendizagem.

Resultados sugeridos:

- Conhecimento: comportamento de saúde
- Conhecimento: recursos de saúde
- Conhecimento: procedimentos de tratamento
- Conhecimento: processo da doença
- Conhecimento: promoção da saúde
- Conhecimento: cuidados na doença
- Comportamento de busca da saúde

Diagnóstico: Disposição para enfrentamento melhorado

Definição: Padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com exigências relativas ao bem-estar e que pode ser fortalecido.

Caraterísticas definidoras:

- Desejo de melhorar o uso de estratégias dirigidas ao problema
- Desejo de melhorar o apoio social
- Desejo de melhorar o controlo dos fatores de stress

Resultados sugeridos:

- Conhecimento: comportamento de saúde
- Conhecimento: recursos de saúde
- Conhecimento: processo da doença
- Conhecimento: promoção da saúde
- Comportamento de controlo de riscos
- Comportamento de busca de saúde

Diagnóstico: Risco de sentimento de impotência

Definição: Vulnerabilidade à experiência vivida de falta de controlo sobre uma situação, inclusive uma perceção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado, e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco:

- Apoio social insuficiente
- Conhecimento insuficiente para controlar a situação
- Estratégias ineficazes de enfrentamento

Resultados sugeridos:

- Conhecimento: processo de doença
- Crenças de saúde

Diagnóstico: Manutenção ineficaz da saúde

Definição: Incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde.

Caraterísticas definidoras:

- Padrão de ausência de comportamento de procura de saúde (ajuda)
- Conhecimentos insuficientes relativos a práticas básicas de saúde
- Incapacidade de assumir a responsabilidade de desenvolver práticas básicas de saúde
- Apoio social insuficiente

Fatores relacionados:

- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Insuficiência de recursos (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento)
- Tarefas do desenvolvimento não atingidas
- Tomada de decisão prejudicada (incapacidade de realizar julgamentos adequados)

Resultados sugeridos:

- Comportamento de busca de saúde
- Comportamento de promoção da saúde
- Conhecimento: comportamento de saúde
- Conhecimento: recursos de saúde
- Conhecimento: promoção da saúde
- Crenças de saúde

Para cada um dos resultados sugeridos, apresentam-se de seguida as definições e os indicadores de resultado:

Conhecimento: processo da doença

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre um processo específico de doença e a prevenção de complicações.

Indicadores:

Processo específico da doença

Causas e fatores colaboradores

Fatores de risco

Sinais e sintomas da doença

Estratégias para minimizar a progressão da doença

Complicações potenciais da doença

Grupos de apoio disponíveis

Fontes respeitáveis de informações específicas sobre a doença

Conhecimento: Promoção da saúde

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre as informações necessárias à obtenção e manutenção de uma saúde excelente.

Indicadores:

Comportamentos que promovem a saúde

Recursos respeitáveis de cuidados de saúde

Fontes renomadas de informação

Conhecimento: Recursos de saúde

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre recursos relevantes de cuidados de saúde.

Indicadores:

Recursos respeitáveis de cuidados de saúde

Quando obter assistência de profissional de saúde

Recursos de cuidados de emergência

Recursos disponíveis na comunidade

Estratégias de acesso a serviços de cuidados de saúde

Conhecimento: procedimentos de tratamento

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre um procedimento necessário como parte de um regime de tratamento.

Indicadores:

Procedimento de tratamento

Finalidade do procedimento

Conhecimento: cuidados na doença

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre informações relacionadas com a doença para alcançar e manter uma saúde excelente.

Indicadores:

Processo específico da doença

Procedimento do tratamento

Recursos respeitáveis de cuidados de saúde

Conhecimento: comportamento de saúde

Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre a promoção e a proteção da saúde.

Indicadores:

Serviços de promoção da saúde

Serviços de proteção da saúde

Comportamento de busca de saúde

Definição: Ações pessoais para promover bem-estar, recuperação e reabilitação excelentes.

Indicadores:

Obtenção de assistência de profissionais de saúde

Uso de informações respeitáveis de saúde

Busca de assistência de familiares sempre que necessário

Controle de riscos

Definição: Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir ameaças à saúde passíveis de modificação.

Indicadores:

Uso de serviços de cuidados de saúde coerentes com as necessidades

Uso de recursos da comunidade para reduzir riscos

Reconhecimento de mudanças no estado de saúde

Crenças de saúde

Definição: Convicções pessoais que influenciam comportamentos de saúde.

Indicadores:

Benefícios percebidos da ação

Capacidade percebida para realizar a ação

Recursos percebidos para realizar a ação

Ausência percebida de barreiras à ação

Em síntese, a Taxonomia 'NNN' (Herdman, 2013) fornece-nos um conjunto útil de informações para o planeamento dos cuidados de enfermagem. No entanto, a mesma carece de validação para o contexto português, uma vez que a realidade nos Estados

Unidos da América é diferente da portuguesa, quer ao nível dos contextos quer ao nível das funções dos profissionais.

Em Portugal utilizamos a CIPE como taxonomia e não a NANDA-I pelo que se deve avaliar quais as inter-relações possíveis entre os diagnósticos com base na CIPE e os diagnósticos com base na NANDA-I e depois iniciar o processo de criação de arquétipos que permitam estabelecer uma relação com integridade referencial entre os diagnósticos e as intervenções (Sequeira, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abram, K. M., Paskar, L. D., Washburn, J. J., & Teplin, L. A. (2008). Perceived barriers to mental health services among youths in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 301-308. <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e318160b3bb>
- Abreu, W. C. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP) (1999). *Mental Health: a Report of de Surgeon General*. Recuperado de www.aacap.org
- Acheson Report. (1988). *Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: HMSO.
- Aisbett, D. L., Boyd, C. P., Francis, K. J., Newnham, K., & Newnham, K. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural Remote Health*, 7(1), 624.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhi & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Alexander, C. J., & Becker, H. J. (1978). The Use of Vignettes in Survey Research. *Public Opinion Quarterly*, 42(1), 93-104.
- Almeida, J. M. R. (2003). *Adolescência e maternidade*. (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (2ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- American Nurses Association. (2010). *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. Mariland: Silver Spring. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWijvMfiscbXAhWMPPhQKHZigCCkQFghKMAM&url=http%3A%2F%2Fnnursingworld.org%2Fsocial-policy-statement&usq=AOvVaw2xOgpbQ-F0MZ6H1RedZcEQ>

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andrade, E. R., & Souza, E. R. (2010). Autoestima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudança na cultura organizacional da polícia. *Psicologia Clínica*, 22(2), 179-195. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652010000200012>.
- Armstrong, C., Hill, M., & Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental Health. *Children and Society*, 14(1), 60-72. doi:10.1111/j.1099-0860.2000.tb00151.
- Auspurg, K., & Jäckle, A. (2012). *First equals most important? Order effects in vignette-based measurement*. Unpublished manuscript. Recuperado de <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2012-01.pdf>
- Bagalman, E., & Cornell, A. S. (2016). *Prevalence of mental illness in the United States: Data sources and estimates*. Congressional Research Service: USA. Recuperado de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0ahUKUwjNiIDYIPLSAhUGuhQKHSCIDr44ChAWCC4wAg&url>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology review*, 84(2), 191-215.
- Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(4), 315-335.
- Barrera, A. Z., Torres, L. D., & Munoz, R. F. (2007). Prevention of depression: the state of the science at the beginning of the 21st Century. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 655-670. DOI: 10.1080/09540260701797894
- Barter, C., & Renold, E. (2000). 'I wanna tell you a story': exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), 307-323.
- Belfer, L. B., & Rhode, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(4/5), 359-365.
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F., & Ávila, P. (1996). *A Literacia em Portugal. Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 983-1002. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x
- Blos, P. (1996). *Transição adolescente: questões desenvolvimentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boyd, C., Francis, K., Aisbett, D., Newnham, K., Sewell, J., Dawes, G., & Nurse, S. (2007). Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. *Australian Journal of Rural Health*, 15(3), 196-200. DOI: 10.1111/j.1440-1584.2007.00884.x
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biology and Psychiatry*, 39, 411-418.
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J., & Van Heerden, J. (2004). The concept of validity. *Psychological Review*, 111(4), 1061-1071. doi:10.1037/0033-295X.111.4.1061
- Buckingham, D. (2007). *Beyond technology: children's learning in the age of digital culture*. London: Polity.
- Burns, J. M., Andrews, G., & Szabo, M. (2002). Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Medical Journal of Australia*, 177 Suppl, 93-96.
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: people's Knowledge of depression and help-seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225-239. DOI: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004
- Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Campos, L., Dias, P., & Palha, F. (2014). Finding Space to Mental Health - Promoting mental health in adolescents: Pilot study. *Education and Health*, 32(1), 23-29.
- Carlson, B. E. (1996). Dating violence: student's beliefs about consequences. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 3-18.
- Caro, F. G., Yee, C., Levien, S., Gottlieb, A. S., Winter, J., McFadden, D. L., & Ho, T. H. (2012). Choosing Among Residential Options: Results of a Vignette Experiment. *Research on Aging*, 34(1), 3-33. DOI: 10.1177/0164027511404032
- Carvalho, C. (2013). *Comportamentos na adolescência: hábitos alimentares, atividade física e consumo de substâncias psicoativas*. Tese de mestrado. Recuperado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5o_W74_TWAhVDVRQKHblgDloQFgggMAA&url=https%3A%2F%2Frepositorio.utad.pt%2Fbitstream%2F10348%2F3301%2F1%2Fmssc_cmscarvalho.pdf&usq=AOvVaw1XeTaKslG5kGE2EnqrTTBd
- Carvalho, H. (2017). *Análise multivariada de dados qualitativos: Utilização da análise de correspondências múltiplas com o SPSS*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-873-5.

- Centre for Health Literacy of Quebec (2000). *A Working Definition: Literacy for the 21st century*. The center for Literacy of Quebec, Montreal, Quebec, Canada. Recuperado de <http://www.nald.ca/litcent.htm>.
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals, Academy of Medicine Singapore*, 29, 467-473.
- Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104-110.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Recuperado de <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Chong, S. A., Abidin, E., Picco, L., Pang, S., Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2016). Recognition of mental disorders among a multiracial population in Southeast Asia. *BMC Psychiatry*, 16, 121. doi: 10.1186/s12888-016-0837-2
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Laura R. Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58, 57-62. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.017
- Conferência Europeia de Alto Nível (2008). *"Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar"* Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, Bruxelas, 12-13 Junho.
- Costa, C. M., & Correa, J. G. M. (2014). Os efeitos do alfabetismo funcional sobre a empregabilidade dos trabalhadores brasileiros. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 31(1), 7-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000100002>
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x
- Commander, M. J., Dharan, S. P., Odell, S. M., & Surtees, P. G. (1997). Access to mental health care in an inner-city health district. I: Pathways into and within specialist psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 170, 312-316.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., Druss, B. G., Walker, E. F., & Kaslow, N. J. (2006). A descriptive study of pathways to care among hospitalized urban African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 566-73. DOI: 10.1007/s00127-006-0065-z
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental/Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência*. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiL6uXgv8bXAHWHPHqKHSV2Cz4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fsaudementalpt.pt%2Fbackoffice%2Fpdfs%2F41c660e11a.pdf&usq=AOvVaw1XcE0D_tS11kZwbizJouB7
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.

- Delgado-Martins, M. R., Ramalho, G., & Costa, A. (2000). "Processamento da informação pela leitura e pela escrita". In Delgado Martins, M. R., Ramalho, G. e Costa, A. (Orgs.), *Literacia e Sociedade. Contribuições multidisciplinares* (pp. 13-130). Lisboa: Caminho.
- DeWalt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr, K., & Pignone, M. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar – 2015*. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Esposito, B. P., & Savoia, M. G. (2006). Atendimento Especializado a Adolescentes Portadores de Transtornos Psiquiátricos: Um Estudo Descritivo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 31-47.
- Essau, C. A. (2005). Use of mental health services among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130-137.
- European Literacy Policy Network (ELINET) (2016). *Declaration of the right to literacy*. ELINET. Cologne: Germany. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwin_8vhwcbXAhWGRhQKHAbCDYQFgguMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.elinet.eu%2Ffileadmin%2FELINET%2FRedaktion%2Fuser_upload%2FEuropean_Declaration_of_the_Right_to_Literacy2.pdf&usq=AOvVaw0kN6e_-m6dEaRLmjUEfq3P
- Fávero, I. P., Belfiore, P., Silva, F. L., & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- FeldmanHall, O., Mobbs, D., Evans, D., Hiscox, L., Navrady, L., & Dalgleish, T. (2012). What we say and what we do: The relationship between real and hypothetical moral choices. *Cognition*, 123(3), 434-441. doi: 10.1016/j.cognition.2012.02.001.
- Feitosa, H. N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista de Bioética*, 19(1), 259-75.
- Fernandes, M. (1996). "O papel da leitura no desenvolvimento do adulto". In Maria Filomena Guerra & Maria Isabel Teles (Orgs.), *Leitura e animação da leitura* (pp. 17-30). Lisboa: Ministério da Educação.
- Ferreira, M., & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 589-595. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300006>
- Figueiredo, V. C. M., Mattos, V. L. D., Pasquali, L., & Freire, A. P. (2008). Propriedades psicométricas dos itens do teste WISC-III. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13(3), 585-592. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300020>

- Filho, D. B. F., & Júnior, J. A. S. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>
- Frankish, J. (2007). *Health literacy in British Columbia*. In International Union for Health Promotion and Education Conference. June 11-15, Vancouver, British Columbia.
- Freire, T., & Almeida, L. (2001). Escalas de avaliação: Construção e validação. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Ed), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a Prática e Investigação* (pp. 109-128). Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia.
- Galante, A. C., Aranha, J. A., Beraldo, L., & Pelá, N. T. R. (2003). A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 357-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300014>.
- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, rutura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5(5), 173-184.
- George, F. (2004). *Histórias da Saúde Pública*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Gil, A. C. (1999). *Pesquisa Social*. (5ª Ed.). São Paulo: Edições Atlas.
- Gomes, M. C. (2003). *Literexclusão na vida quotidiana*. *Sociologia*, 41, 63-92.
- Gonçalves, H., & Domingues, I. (2000). *Deuses e Demónios no Sector da Saúde Pública questões de cultura e comunicação?*. In IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra, 17 a 19 de Abril. Coimbra: Associação Portuguesa de Sociologia.
- Goodwin, R., & Andersen, R. M. (2002). Use of the Behavioral Model of Health Care Use to identify correlates of use of treatment for panic attacks in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 212-219. DOI: 10.1007/s00127-002-0543-x
- Gourlay, A., Mshan, G., Birdthistle, I., Bulugu, G., Zaba, B., & Urassa, M. (2014). Using vignettes in qualitative research to explore barriers and facilitating factors to the uptake of prevention of mother-to-child transmission services in rural Tanzania: a critical analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 14, 21. doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/14/21>
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behavior in adolescence: the place of the internet. *Social Science and Medicine*, 60, 1467-1478. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.010
- Greenacre, M. J., & Blasius, J. (2006). *Multiple correspondence analysis and related methods*. Boca-Raton: Chapman-Hall.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Guzman, M., & Bosch, K. (2007). *High-Risk Behaviors Among Youth*. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjhk6mSwsbXAhVCuxQKHZ3_DjgQFgg0MAE&url=http%3A%2F%2Fdigitalcommons.unl.edu%2Fcgi%2Fviewcontent.cgi%3Farticle%3D5123%26context%3Dextensionhist&usq=AOvVaw0iyabQKjGABSuRdgc26nY
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. (5ª Ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hashmi, S. (2013). Adolescence: An Age of Storm and Stress. *Review of Arts and Humanities*, 2(1), 19-33.
- Heckmann, W., & Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade, A.G., Anthony, J.C & Silveira, C.M. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual* (pp. 67-87). Barueri (SP): Minha Editora. Recuperado de <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>
- Henshaw E. J., & Freedman-Doan C. R. (2009). Conceptualizing Mental Health Care Utilization Using the Health Belief Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 16(4), 420-439. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x
- Herdman, T.H. (Ed.). (2013). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2012-2014*. (R. Garcez, Trad.) Artmed, Porto Alegre
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2015-2017*. (10ª Ed). (R. Garcez, Trad.) Artmed, Porto Alegre.
- Hernan, A., Philpot, B., Edmonds, A., & Reddy, P. (2010). Healthy minds for country youth: Help-seeking for depression among rural adolescents. *Australian Journal of Rural Health*, 18, 118-124. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01136.x.
- Hill, M. M., & Hill, A (2005). *Investigação por Questionário*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoffman, M. D., & Hoffman, D. R. (2008). Exercisers achieve greater acute exercise-induced mood enhancement than nonexercisers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(2), 358-63. doi: 10.1016/j.apmr.2007.09.026.
- Hughes, R. (1998a). Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behavior. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 381-400. DOI: 10.1111/1467-9566.00107
- Hughes, R. (1998b). Using vignettes in qualitative research. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 381-400.
- Hoyos, G. P. A., Borjas, D. M. B., Ramos, A. S., & Meléndez, R. M. O. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.

- Infantosi, A., Costa, C., & Almeida, R. (2014). Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 473-486. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128513>
- Inquérito Nacional de Saúde 2005/06. (2009). Instituto Nacional de Estatística, I. P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. Lisboa, Portugal. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiA7LOaxMbXAhUJthQKHHasJBz8QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww1.arslvt.min-saude.pt%2FSiteCollectionDocuments%2FPlanos%2520e%2520Relat%25C3%25B3rios%2FINS_05_06.pdf&usq=AOvVaw3biN2BmpiZWbdeMmUBE7o0
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2012). Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2095-128.
- Institute of Medicine IOM (2004). *Health Literacy. A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: The National Academies Press. Recuperado de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwifhZKixcbXAhVC7BQKHfVmBzwQFggsMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F25009856&usq=AOvVaw0LNtjuWivz6L6hFtwRchaY>
- Johnson, M., Mass, M., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (2ª Ed.). (R. Garcez, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Jorm A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. DOI: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243. doi: 10.1037/a0025957. Epub 2011 Oct 31.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K., & Yata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3, 12. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-12>
- Jorm, A. F., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C., & Kitchener, B. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x
- Jorm, A. F., Kitchener, B., Kanowski, L., & Kelly, C. (2007a). Mental Health First Aid Training for members of the public. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 141-151.

- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. (2007b). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia*, 187, 556-560.
- Justo, C. (2005). *A Técnica Delphi de Formação de Consensos*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiOgdS-m8bXAhWRo6QKHb-yBelQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.opss.pt%2Fsites%2Fopss.pt%2Ffiles%2FA-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf&usq=AOvVaw3vSYY6GHUIA1qqsMxD1nbl>
- Kalafat, J., & Galiano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 359-364.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Rodgers, B. (2005). Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 63-66. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01744.x
- Kelly, C., & Jorm, A. (2007). Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: associations with psychopathology and psychosocial characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 150-156. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00009.x
- Kelly, C., Jorm, A. & Right, A. (2007). Improving Mental Health Literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kelly, C., Mithen, J., Fischer, J., Kitchener, B., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(4). doi: 10.1186/1752-4458-5-4
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Green, J. G., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ..., & Merikangas, K. R. (2012). Severity of 12 Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 381-389. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1603.
- Kickbush, I. J. (2001). Health Literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellon-Saameno, J. A., ..., & Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362-367. doi: 10.1192/bjp.bp.107.039966
- King, G., Murray, C. J., Salomon, J. A., & Tandon, A. (2004). Enhancing the validity and cross-cultural comparability of survey research. *American Political Science Review*, 98, 191-207.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.

- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 553-556.
- Leighton, S. (2009). Adolescents' understanding of mental health problems: conceptual confusion. *Journal of Public Mental Health*, 8(2), 4-14.
- Lindsey, C., & Kalafat, J. (1998). Adolescents' views of preferred helper characteristics and barriers to seeking help from school-based adults. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 9(3), 171-193.
- Loeck, J. F. (2009). *Adição e ajuda mútua: Estudo antropológico de grupos de narcóticos anônimos na cidade de Porto Alegre (RS)*. Dissertação de mestrado. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4-ILhxcbXAhUG6xQKHUGqCDMQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lume.ufrgs.br%2Fhandle%2F10183%2F18357&usq=AOvVaw0nOH62dOBymp6_p3oqe9bu
- Lopez, A. D., & Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747-1757.
- Loureiro, C. R. E. C. (2013a). *Competências sociais de estudantes do ensino secundário: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção*. Tese de doutoramento.
- Loureiro, L. (2013b). "Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão", *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 733-746.
- Loureiro, L. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 79-88. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, 8, 33-44
- Loureiro, L., Mateus, S., & Mendes, M. (2009). Literacia em Saúde Mental: Conceitos e estratégias para a promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(10 Supl.), 116.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia S. (2012a). Tradução, adaptação e validação de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (QuALiSMental) para adolescentes e jovens portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Loureiro, L., Rodrigues, M., Mendes, A., Pedreiro, A., Sousa, C., & Oliveira, N. (2012b). Resultados do 1.º Estudo de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Supl.), 405.

- Loureiro, L., Mendes, A. C., Barroso, T., Santos, J. C., Aragão, R., & Ferreira, R. (2012c). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157-166. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11112>
- Loureiro, L. M. J., Barroso, T. M. M. D. A., Mendes, A. M. O. C., Rodrigues, M. A., Oliveira, R. A. A. N., & Oliveira, N. R. N. (2013a). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3), 474-481. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300010>.
- Loureiro, L., Jorm, A. F., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013b). Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13(1), 129. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (2014). Rótulos psiquiátricos “bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...”. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 40-46.
- Loureiro, L. M., Sousa, C. S., & Gomes, S. P. (2014). Primeira ajuda em saúde mental: Pressupostos e linhas orientadoras de acção. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 63-77). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lunney, M. (2012). Assessment, clinical judgment, and nursing diagnoses. In T.H. Herdman (Ed.), *NANDA International Nursing Diagnoses & Classification, 2012-2014*, 71-89.
- Macedo, R. (2005). *Avessos das iliteracias: da infusão à difusão pela comunidade educativa*. Bibliotecas Escolares: 1^{as} Jornadas de Trabalho: Actas. Trofa: Câmara Municipal. ISBN: 972-99067-1-8, 144-151.
- Macedo, M. M. K., Balto, M. A., Santos, R. L., Ribas, R. F., Silva, M. S., & Gonçalves, T. G. (2011). Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma clínica-escola. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 63-75.
- Martins, G. A. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *Revista Brasileira de Gestão e Negócios*, 8(20), 1-12.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). *Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar*. 3,1. FMH/PEPT/GPT. Recuperado de <http://aventurasocial.com/2005/conteudos/publicacoes/saudemental.pdf>
- McCann, T. V., & Clark, E. (2010). Australian Bachelor of Midwifery students' mental health literacy: an exploratory study. *Nursing & Health Sciences*, 12, 14-20. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00477.x.
- Meleis A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3^a Ed.). Filadélfia: Lippincott.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.

- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.
- Morgan, W. P. (1985). Affective beneficence of vigorous physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 17(1), 94-100.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (4ª Ed.). (R. Garcez, Trad.) Rio Janeiro: Mosby Elsevier.
- Muuss, R. (1976). *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Muuss, R., Velder, E., & Porton, H. (1996). *Theories of adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Neto, J. M. R., Marques, D. K. A., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2016). Análise de teorias de Enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 69(1), 174-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health and education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- O'Connor, M., Casey, L. & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy--a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23(4), 197-204. doi: 10.3109/09638237.2014.910646.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007). Luzes e sombra: a governação em saúde. Relatório de Primavera 2007. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. 226p. Recuperado de http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2007.pdf
- Oh, E., Jorm, A., & Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 293-329. doi: 10.1007/s00127-008-0443-9
- Oliveira, V. M. (2011). *Competência em saúde mental (Mental Health Literacy): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil*. Tese de mestrado, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6188>
- Olsson, D. P., & Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Interventions in Psychiatry*, 4, 291-298. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00196.x
- Ordem dos enfermeiros (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República 2ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8669-8673.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Organização Mundial da Saúde (1965). *Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S (Informe técnico n° 308)*. Genebra. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38485/1/WHO_TRS_308_spa.pdf
- Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca-pdf.aspx>
- Pacheco, A. J. C., & Santos, C. S. V. B. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação para português da Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 93-101. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1311>
- Paixão, C., Matias, D., Alencar, I., Nunes, M., Sales, P., & Veiga, P. H. A. (2009). Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 261-266. doi: [10.1590/S1413-81232009000100032](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100032)
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. (3ª Ed.). Buckingham: Open University Press.
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277>
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153.
- Parlslow, R., & Jorm, A. (2002). Improving Australians' depression literacy. *Medical Journal of Australia*, 177, 117-121.
- Paschoal, T., & Tamayo, Á. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 45-52.
- Pasquali, L. (2005). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. E., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. DOI: [10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Paulus, D. J., Wadsworth, L. P., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Mental Health Literacy for Anxiety Disorders: How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. *Journal of Public Mental Health*, 14(2), 94-106. doi: [10.1108/JPMH-09-2013-0064](https://doi.org/10.1108/JPMH-09-2013-0064)
- Pavão, A. L. V., & Coeli, C. M. (2008). Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*, 16(3), 471-482.
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T., & Lee, M. (2000). "Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality." *Journal of the American Medical Association*, 283, 1715-1722.

- Pender, N. J. (2011). *Health Promotion, Model Manual*. University of Michigan, Deep Blue. Recuperado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiyjOLtoMbXAhWCwxQKHb91DDgQFggsMAA&url=https%3A%2F%2Fdeepblue.lib.umich.edu%2Fbitstream%2Fhandle%2F2027.42%2F85350%2FHEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf&usg=AOvVaw1yAOvpni8WcuDreEa4sLZg
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189-193.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (6ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-775-2
- Petronilho, F. A. S. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 52, 35-43.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 342-346.
- Pinto, M. G. L. C. (2008). *Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=U5Ebvd-5necC&pg=RA3-PA19-IA1&lpg=RA3-PA19IA1&dq>
- Polit, D.F., & Hungle, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portes, A., Kyle, D., & Eaton, W. W. (1992). Mental illness and help-seeking behavior among Mariel Cuban and Haitian refugees in south Florida. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4), 283-298.
- Priest, R., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M., & Tylee, A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: Results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before the launch. *British Medical Journal*, 313, 858-859.
- Prieto-Úrsua, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), 319-338.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2013). *Portugal. Saúde Mental em Números – 2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2016). *Portugal. Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Rahaman, N. (1996). Caregivers' sensitivity to conflict: the use of vignette methodology. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8, 35-47.
- Ramos, J. L., & Oliveira, N. (2012). Tradução para Português do Questionário de Análise de Percursos de Acesso aos Cuidados de Saúde Mental. *Psilogos*, 10(2), 58-70.

- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 890-898. doi: 10.3109/00048674.2011.614215
- Reise, S. P., Waller, N. G., & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment*, 12(3), 287-297. DOI: 10.1037//1040-3590.12.3.287
- Ribeiro, V. M. (1997). Alfabetismo funcional: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *Educação & Sociedade*, 18(60), 144-158.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (2ª Ed.). Lisboa: Placebo. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjMr4XZwvSAhUHuhQKHVCpAHQQFggmMAA&url>
- Rickwood, D., & Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39, 563-572.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 2(5), 173-183. doi: 10.2147/PRBM.S38707
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005) Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3) Suppl, 1-34.
- Rickwood, D., Deane, F., & Wilson C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7) Suppl, 35-39.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014a). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 1), 125-132.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014b). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 79-93). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatize people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 7, 97. DOI: 10.1186/1472-6963-7-97
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3) Suppl, 94-127.
- Rot, H. M., Collins, K. A., & Fitterling, H. L. (2009). Physical exercise and depression. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76 (2), 204-214. doi: 10.1002/msj.20094
- Rowlands, I. J., Loxton, D., Dobson, A., & Mishra, G. D. (2015). Seeking health information online: association with young Australian women's physical, mental, and

- reproductive health. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e120. doi: 10.2196/jmir.4048. <http://www.jmir.org/2015/5/e120/>
- Saggese, E., & Leite, L. (1999) Saúde Mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. *Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento*, 1, 197-205.
- Santos, J. R. A. (1999). Alfa de Cronbach: Uma ferramenta para avaliar a confiabilidade das escalas. *Journal of Extension*, 37(2).
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, E. G., & Siqueira, M. M (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. M. S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171.
- Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M. P., Hibbeln, J., ..., & Jacka, F. N. (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *Lancet Psychiatry*, 2(3), 271-274. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00051-0.
- Scott, L., & Chur-Hansen, L. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362. doi: 10.1080/10398560802027328.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Sequeira, C. (2014). Editorial: consensos em saúde mental – diagnósticos, Intervenções e resultados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 8.
- Senna, S. R. C. M., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições da Teoria do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. M. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 33-38.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescent's Willingness to seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (6), 495-507.
- Silva, C. C. S. (2007). *A literacia da informação*. Recuperado de <http://literaciadainformacao.web.simplesnet.pt/Ficheiro/Versao%20impressa%20do%20tema%20a%20literacia%20da%20informacao.pdf>

- Silva, A. C. S., & Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: Aplicação da teoria de Nola Pender. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 19(4), 745-753.
- Silva, A., Rodrigues, C., Silva, S., & Witt, R. (2009). Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 30(2), 348-51.
- Sim-Sim, I. (2004). (I)literacia, (DES)conhecimento e poder. *Intercompreensão*, 11, 11-19.
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiUyo3rpcbXAhWHtRQKHcPuBzoQFqgsMAA&url=http%3A%2F%2FRepositorio.ipl.pt%2Fhandle%2F10400.21%2F769&usg=AOvVaw0luIM7qtq5MYstqdo2MNW8>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2, 1-25.
- Smits, J. A. J., Berry, A. C., Rosenfield, D., Powers, M. B., Behar, E., & Otto, M. W. (2008). Reducing anxiety sensitivity with exercise. *Depression and Anxiety*, 25 (8), 689-699. doi: 10.1002/da.20411
- Sousa, P. A. F., Lima Basto, M. H., & Mendonça, D. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 368-381. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400005>
- Souza, C. C., & Resende, A. C. (2012). Transtornos Psicológicos em Adolescentes Socioeducandos. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 95-109.
- Souza, J., Mercadante, O., Arantes, G., Ferreira, S., & Vasconcelos, T. (2006). Curso de Saúde Pública em um semestre: algumas considerações. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 772-777. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101975000100012>.
- Spano, S. (2004). Stages of Adolescent Development. Research FACTs and Findings. ACT for Youth: Upstate Center of Excellence, Cornell University. Recuperado de <http://www.actforyouth.net/documents/fACT%20Sheet05043.pdf>
- Stubbe, J. H., De Moor, M. H. M., Boomsma, D. I., & De Geus, E. J. C. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44 (2), 148–152. DOI: 10.1016/j.ypmed.2006.09.002
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252. DOI: 10.1177/070674370104600304
- Swords, L., Hennessy, E., & Heary, C. (2011a). Adolescents' beliefs about sources of help for ADHD and depression. *Journal of Adolescence*, 34(3), 485-492. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.06.002.
- Swords, L., Heary, C., & Hennessy, E. (2011b). Factors associated with acceptance of peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 933-941. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02351.x.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, (5ª Ed.). Boston: Pearson/Allyn & Bacon,
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Telser, H., & Zweifel, P. 2007. "Validity of Discrete-Choice Experiments Evidence for Health Risk Reduction." *Applied Economics*, 39, 69-78.
- Thompson, A., Issakidis, C., & Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25(2), 71–84. <https://doi.org/10.1375/bech.25.2.71>
- Timlin-Scalera, R. M., Ponterotto, J. G., Blumberg, F. C., & Jackson, M. A. (2003). A grounded theory study of help-seeking behaviors among White male high school students. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (3), 339-350.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2) Suppl, 190-198.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (2ª Ed.). Petropolis, RJ: Editora Vozes.
- Veal, W. R. (2002). Content specific vignettes as tools for research and teaching. *Electronic Journal of Science Education*, 6, 1-37.
- Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. O. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Wacker, A. (2009). Mental Health Literacy: A review of adolescents' abilities to recognize symptoms of mental health disorders and their help-seeking behaviors. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi1z8DQysbXAhWDPPhQKHemHAC8QFggzMAM&url=http%3A%2F%2Fangelawacker.info%2Fwp-content%2Fuploads%2F2010%2F06%2FMental-Health-Literacy.pdf&usq=AOvVaw08131dQx2HLlr-lcBk6LGu>
- Wahl, O. (2002). Children's views of mental illness: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 134-158.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Borges, G., ..., & Kessler, R.C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 50-66). New York: Oxford University Press.
- Watters, E. K. (2003). Literacy for health: An interdisciplinary model. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(1): 48-53.
- Weiss, B., Mays, M., Martz, W., Castro, K., DeWalt, D., Pignone, M., Mockbee, J., & Hale, F. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522. DOI: 10.1370/afm.405

- Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 361(9354), 289-295. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12324-0
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2001). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12(4), 345-364.
- Wilson, C., Rickwood, D., & Deane, F. (2007). Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clinical Psychologist*, 11(3): 98-107.
- Winslow, C. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28(1), 109-126.
- Wolff, N., & Stuber, J. (2002). State Mental Hospitals and Their Host Communities: the Origins of Hostile Public Reactions. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 29(3), 304-16.
- World Health Organization. (1992). *Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 10th edition (ICD-10), Geneva.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/1/WHR_2001.pdf
- World Health Organization. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Geneva, World Health Organization. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjh-aqZ8_HSAhWBWBQKHQEnCWgQFggnMAA&url
- World Health Organization (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
- World Health Organization (2009). *7th Global Conference on Health Promotion – Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>
- World Health Organization (2012). *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiuv66yqPLSAhUJqxoKHWImDM8QFggnMAA&url>
- World Health Organization. Adolescent development. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/.
- World Health Organization Europe (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

- World Health Organization, World Organization of Family Doctors (WONCA) (2008). *Integrating mental health into primary care – a global perspective*. Singapura, WHO e WONCA. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigv6Dj9vHSAhVLuBQKHUQKA-kQFggIMAA&url>
- Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Hurworth, R. E., & McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *The Medical Journal of Australia*, 183, 18-23.
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 244-250. DOI: 10.1007/s00127-006-0156-x
- Wynd, C., Schmidt, B., & Schaefer, M. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508-518.
- Xavier, M., Mateus, P., & Caldas de Almeida, J. (2011). Reforming mental health services in Portugal. *European Psychiatry*, 26(1) Suppl, 588-588. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72295-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72295-7)
- Yap, M. B., Reavley, N., & Jorm, A. F. (2013). Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 255-261. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.014
- Yu, Y., Hu, M., Liu, Z., Liu, H., Yang, J. P., Zhou, L., & Xiao, S. (2016). Recognition of depression, anxiety, and alcohol abuse in a Chinese rural sample: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 16, 93. doi: 10.1186/s12888-016-0802-0
- Yung, A. R., Killackey, E., Hetrick, S. E., Parker, A. G., Schultze-Lutter, F., Klosterkoetter, J., Purcell, R., & McGorry, P. D. (2007). The prevention of schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 633-646. DOI: 10.1080/09540260701797803
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6, 34-40. DOI: 10.1186/1471-2458-6-34
- Zagonel, I.P.S. (1999). O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32.
- Zmijewski, C. F., & Howard, M. O. (2003). Exercise dependence and attitudes toward eating among young adults. *Eating Behaviors*, 4(2), 181-95. DOI: 10.1016/S1471-0153(03)00022-9

ANEXOS

ANEXO I

Painel de peritos: Instrumento de avaliação das vinhetas

Apresentação

Prezado(a) colaborador(a), solicitamos a sua colaboração para avaliar o conteúdo de três vinhetas clínicas sobre situações psiquiátricas específicas. Essa avaliação faz parte do projeto de investigação “Literacia em Saúde Mental em adolescentes: desenvolvimento de um instrumento de avaliação”, inserido no programa de doutoramento em Ciências de Enfermagem que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) da Universidade do Porto.

Antes de apresentarmos as vinhetas, gostaríamos de lhe solicitar o fornecimento de alguns dados:

Data de preenchimento: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino [☐] Feminino [☐]

Qual a sua principal atividade profissional?

A investigação é objeto da sua atividade profissional?

Não [☐]

Sim [☐], há quanto tempo? _____

O desenvolvimento de instrumentos de investigação é objeto da sua atividade profissional?

Não [☐]

Sim [☐], há quanto tempo? _____

Muito obrigado pelas informações!

Avaliação das vinhetas

Apresentamos-lhe de seguida três vinhetas clínicas (i.e. pequenas histórias que descrevem pessoas com sintomas clínicos de um diagnóstico particular). Para cada uma, solicitamos a avaliação de três critérios:

- Clareza da redação: diz respeito às qualidades formais, ortografia, coesão e coerência do texto;
- Adequação à amostra: trata da adequação do conteúdo do texto à população que responderá ao questionário (adolescentes);
- Adequação ao domínio: diz respeito à especificidade e adequação da descrição aos problemas retratados (depressão; ansiedade e abuso de álcool).

Cada um dos critérios anteriores deverá ser pontuado com um valor entre 1 e 5. Quanto maior a pontuação, melhor será a avaliação.

Além da pontuação dos critérios, se o entender, poderá fazer comentários e sugestões de alteração no espaço reservado para comentários.

Depressão

A Inês tem 16 anos e tem-se sentido excecionalmente triste durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada mas, mesmo assim, tem dificuldades em adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite, não tem vontade de comer e ultimamente tem vindo a perder peso.

Ela não consegue concentrar-se nos estudos e as suas notas têm piorado progressivamente. Tem dificuldades em tomar decisões e mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem difíceis de realizar. A situação chamou a atenção de pais e amigos que estão muito preocupados com ela.

Critério	Clareza da redação	Adequação à amostra	Adequação ao domínio
Nota			
Comentários:			

Abuso de álcool

O Pedro é um jovem de 17 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas ou convívios a que foi. Os pais andam muito preocupados porque o rendimento escolar do Pedro tem vindo a diminuir e tem faltado às aulas devido às ressacas. Inclusivamente, os pais foram chamados à escola porque o Pedro apareceu embriagado numa aula. Na última festa a que foi, os amigos tiveram que chamar o 112 pois ele estava inconsciente.

Critério	Clareza da redação	Adequação à amostra	Adequação ao domínio
Nota			
Comentários:			

Ansiedade

A Susana tem 15 anos e iniciou recentemente o ensino secundário, pelo que tem de mudar de professores e salas de aula para cada disciplina. Nos últimos dois meses faltou 15 dias por dores abdominais e dores de cabeça.

Nas manhãs dos dias de escola fica ansiosa e ocorrem queixas físicas que desaparecem quando consegue convencer a mãe a deixá-la ficar em casa. Durante o fim de semana não tem queixas.

A Susana tem uma longa história de dificuldades em situações sociais sentindo-se desconfortável a conversar com novos colegas e a falar com os adultos. Quando é solicitada durante as aulas fica muito ansiosa com medo de dar uma resposta errada e que os outros se riam dela.

Critério	Clareza da redação	Adequação à amostra	Adequação ao domínio
Nota			
Comentários:			

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO II

Informação aos participantes e encarregados de educação

Termo de consentimento informado



Amorim Gabriel Santos Rosa
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnfC
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem - UICISA-E

Informação aos participantes e encarregados de educação

O estudo para o qual solicitamos a sua participação/ do seu educando é parte integrante de um projeto de investigação designado «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens», [PTDC/CPE-CED/112546/2009] financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN, e decorre na Região Centro de Portugal Continental, sob a responsabilidade da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com coordenação científica do Professor Doutor Luís Loureiro.

Este estudo tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação da Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento das perturbações e dos comportamentos de procura de ajuda. Para isso necessitamos de realizar um questionário, sendo muito importante a sua participação/ do seu educando. Nenhum tipo de avaliação psicológica estará envolvida na tarefa, nem será realizado qualquer diagnóstico de saúde, destinando-se unicamente à recolha dos dados necessários à realização do estudo.

A participação neste estudo é voluntária e a decisão de participar/autorizar ou não a participação do seu educando, não terá qualquer impacto nos serviços ou benefícios prestados pela escola. Será garantida a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes, salvaguardando-se que as questões relativas a género, idade, local de residência, ano letivo que frequenta, habilitações literárias e situação profissional dos pais serão apenas utilizadas para efeitos de caracterização da amostra sempre que os resultados do estudo forem publicados ou divulgados em meio científico.

Para esclarecer qualquer dúvida ou obter mais informação, por favor contactar o investigador através do e-mail amorim@esenfc.pt ou Tlm. 966063891

Para proceder à autorização, devem ler atentamente e depois assinar o termo de consentimento informado que segue em anexo.

Amorim Gabriel Santos Rosa



- Termo de Consentimento Informado -

Declaro que fui informado(a) da confidencialidade dos dados obtidos através do questionário preenchido por mim/pelo meu educando no âmbito do projeto de investigação acima referido. Fui informado(a) dos seus objetivos e sei que nenhum tipo de avaliação psicológica estará envolvida na tarefa nem será realizado qualquer diagnóstico de saúde, destinando-se unicamente à recolha dos dados necessários à construção e validação de um instrumento de avaliação da Literacia em Saúde Mental.

Sei que posso recusar a minha participação/do meu educando sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade/autorizo a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado.

Autorizo também a divulgação científica dos dados, garantido o anonimato.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

(Data e assinatura do encarregado de educação ou tutor legal)

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

(Data e assinatura do participante)

ANEXO III

Focus group: questionário demográfico de caracterização**Questionário sociodemográfico de caracterização**

Data de aplicação: ____ / ____ / ____

Data de Nascimento: ____/____/____

Género: Masculino ☐
Feminino ☐

Estado civil: Solteiro(a) ☐ Outro ☐

Ano de escolaridade: 5º ☐ 6º ☐
7º ☐ 8º ☐
9º ☐ 10º ☐
11º ☐ 12º ☐

Nacionalidade: Portuguesa ☐ Outra ☐ Qual? _____

Concelho de Residência: _____ Escola que frequentas: _____

Composição do agregado Familiar. Em relação às peçoas com quem vives indica:

Grau de parentesco	Idade	Habilitações Literárias (até ao 12º ano; curso profissional, bacharelato, licenciatura, mestrado...)	Profissão	Situação profissional atual (empregado, desempregado, reformado...)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ANEXO IV

Focus group: guião das entrevistas



Amorim Gabriel Santos Rosa
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnC
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem - UICISA-E

Guião do *focus group*

Apresentação

“Bom dia/tarde a todos, chamo-me (...) e o meu colega é (...).

Somos investigadores num projeto que se chama “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na escola para adolescentes e jovens” e estamos a fazer um trabalho para o qual é importante a vossa colaboração. De forma simples, gostaríamos de perceber o que é que os jovens da vossa idade pensam e sabem sobre as doenças mentais.

Para que possamos prestar-vos a máxima atenção neste momento, a nossa conversa vai ser gravada. Neste sentido, para que a gravação fique perceptível pedíamos que falassem um de cada vez.

.Agradecer a presença de todos e a disponibilidade que apresentaram para estar connosco durante aproximadamente 2 horas.

.Breve apresentação dos estudantes: nome, idade, área de estudo.

.Explicar que não há respostas certas nem erradas e que todos os contributos são importantes. Quanto maior a quantidade de ideias melhor.

.Explicar que aquilo que for falado é confidencial e será posteriormente codificado deixando de estrar associado ao nome das pessoas.

Vamos começar por vos convidar a preencherem um questionário breve, anónimo, constituído por questões que dizem respeito a vocês, bem como às pessoas com quem vivem.

Quebra gelo:

Para dar início à nossa conversa vamos contar-vos uma pequena história de uma pessoa que conhecemos: A Joana (...). O que vos chama a atenção na história?

Domínios/componentes	Questões	Pistas de exploração
<p>❖ Doença mental</p> <p>➤ Definição/conhecimento das doenças mentais</p> <p>➤ Crenças acerca das doenças mentais</p>	<p>▪ Que pensamentos, palavras ou imagens associam à doença mental?</p> <p>▪ Qualquer pessoa pode ter uma doença mental?</p> <p>▪ Quais são as causas?</p> <p>▪ Que fatores poderão contribuir para ter uma doença mental?</p> <p>▪ Quais as consequências de uma doença mental?</p> <p>▪ O que implica ter uma doença mental?</p> <p>▪ A doença mental tem tratamento? E cura?</p> <p>▪ Como achas que a pessoa pode ser tratada?</p>	<p>• É possível perceber quando alguém tem uma doença mental? Como?</p> <p>• Existem pistas? Quais?</p> <p>• Que doenças mentais conhecem?</p> <p>• Há diferenças entre estas doenças e as doenças físicas? Porquê?</p> <p>• Existem outras formas de designar a doença mental? Quais?</p> <p>• Qualquer pessoa pode vir a ter uma doença mental ou só algumas pessoas a poderão desenvolver?</p> <p>• De onde vem ou qual a origem da doença mental?</p> <p>• Quais as razões para uma pessoa poder desenvolver uma doença mental?</p> <p>• A pessoa já nasce doente mental?</p> <p>• Porque é que algumas pessoas desenvolvem uma doença mental e outras não?</p> <p>• Ter uma doença mental tem consequências na vida das pessoas? Quais? A que níveis de repercutem? Escola? Trabalho? Vida familiar? Relação com os amigos?</p> <p>• Uma pessoa com uma doença mental pode ter uma vida igual à das outras pessoas? Como?</p> <p>• Existe cura para a doença mental?</p> <p>• Existe cura para todas?</p> <p>• Não existe cura para nenhuma?</p> <p>• Por quem? Com quê?</p>

<p>❖ (Intenções) Comportamentos de procura de ajuda</p> <p>➤ Recursos de ajuda</p> <p>➤ Facilitadores</p>	<p>▪ Se estiverem preocupados com a vossa saúde mental falarão com alguém sobre o problema? Com quem?</p> <p>▪ Nessa situação, o que consideram mais importante para vos levar a procurar ajuda profissional?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falariam com os vossos pais, os amigos, profissionais de saúde? Quais? Porquê? • É mais importante falar com alguém ou tentar resolver o problema sozinho? Porquê? • Gostavam que alguém vos acompanhasse? Quem? Porquê? • Gostavam de ter o apoio dos vossos amigos? • Gostavam de falar com alguém que tenha tido uma boa experiência? • Como gostavam que fosse o profissional de saúde com quem vão falar? Características? Confiança? Confidencialidade?
<p>❖ (Intenções) Comportamentos de oferta de ajuda</p> <p>➤ Comportamentos de oferta de ajuda</p> <p>➤ Confiança para oferecer ajuda</p>	<p>▪ O que fariam para ajudar um/uma colega com um problema de saúde mental semelhante aos apresentados nas histórias que acabaram de ler?</p> <p>▪ Em que medida se sentem confiantes para ajudar um colega que tenha um problema de saúde mental?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como acham que se sentiriam se algum amigo vosso tivesse uma doença mental? • O que pensariam? • Nesse sentido, como acham que reagiriam/ o que fariam? • Há alguma coisa que pudessem fazer para ajuda-lo? • Encaminhariam para alguém? Quem? • Importavam-se que essa pessoa fizesse parte do vosso grupo de trabalho na escola? • Falariam com ele? ...se sim, como? ...se não, porquê?
<p>❖ Barreiras</p> <p>➤ Fatores de impedimento</p>	<p>▪ Quais os fatores que consideram poder constituir impedimento para procurarem ajuda profissional se tiverem um problema de saúde mental?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preferiam que ninguém soubesse? • Teriam medo das consequências? • Teriam medo do que os outros pudessem pensar? • Acham que alguém que não vos

		<p>conhece não vos poderia ajudar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como gostariam que fosse o profissional? Isso preocupa-vos? Porquê? • Já alguma vez foram ao médico de família? e a um serviço de saúde mental? • Preferiam lidar com a situação sozinhos? • Acham que é muito caro?
❖ Em aberto	▪ Há mais alguma coisa que gostassem de dizer?	

ANEXO V

Questionário inicial: instrumento de colheita de dados

MentaHLiS-D

Mental Health Literacy Scale

Este questionário é parte integrante de um estudo de construção e validação da **MentaHLiS** (Escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental), no âmbito do Programa de Doutoramento que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à da Inês.

Deves ler atentamente a história e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Investigador responsável: Amorim Gabriel Santos Rosa

Data:	_____	Idade:	_____	Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
					Feminino	<input type="checkbox"/>
Concelho de residência:	_____					
Ano de Escolaridade:	7º ano	<input type="checkbox"/>				
	8º ano	<input type="checkbox"/>				
	9º ano	<input type="checkbox"/>				
	10º ano	<input type="checkbox"/>				
	11º ano	<input type="checkbox"/>				
	12º ano	<input type="checkbox"/>				
Escolaridade dos pais:	Pai	Mãe				
	<input type="checkbox"/>	1º Ciclo – antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo – antigo 6º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo – antigo 9º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	12º ano – ensino secundário	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional do pai:	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Empregado	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional da mãe	<input type="checkbox"/>	Desempregado	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Empregada	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Desempregada	<input type="checkbox"/>			

A Inês tem 17 anos e há algum tempo que anda um pouco “abatida”. Nas últimas semanas tem-se sentido excecionalmente triste. Sente-se sempre muito cansada mas, mesmo assim, tem dificuldades em adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso.

Ela não consegue concentrar-se nos estudos e as suas notas têm vindo a piorar progressivamente. Tem dificuldades em tomar decisões e até as pequenas tarefas diárias parecem-lhe difíceis de realizar. A situação chamou a atenção de pais e amigos que estão muito preocupados com ela.

Na tua opinião, o que é que se passa com a Inês? (Podes escolher mais do que uma opção)	
<input type="checkbox"/> Não tem nada	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Tem uma doença que afeta o sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem cancro	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Sofre de esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar
<input type="checkbox"/> Está cansado de viver	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> É um estado de espírito passageiro
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste
<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está revoltado
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos (amorosos)	<input type="checkbox"/> Tem dificuldades em se controlar

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar a Inês? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1
Bruxas e ervanárias	5	4	3	2	1
Outro: Quem? _____	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar a Inês? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-la	5	4	3	2	1
Ouvi-la e tentar compreendê-la	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-la à consulta, não a abandonar	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Continuar a tratá-la como se ela não tivesse qualquer tipo de problema	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter consciência do problema e aceitá-lo	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde	5	4	3	2	1
Ter serviços facilmente acessíveis e sem custos	5	4	3	2	1
Saber que sozinho/a poderei não ser capaz de resolver o problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a	5	4	3	2	1
Conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com ○ a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-D

Mental Health Literacy Scale

Este questionário é parte integrante de um estudo de construção e validação da **MentaHLiS** (Escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental), no âmbito do Programa de Doutoramento que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à do José.

Deves ler atentamente a história e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Investigador responsável: Amorim Gabriel Santos Rosa

Data:	_____	Idade:	_____	Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
					Feminino	<input type="checkbox"/>
Concelho de residência:	_____					
Ano de Escolaridade:	7º ano	<input type="checkbox"/>				
	8º ano	<input type="checkbox"/>				
	9º ano	<input type="checkbox"/>				
	10º ano	<input type="checkbox"/>				
	11º ano	<input type="checkbox"/>				
	12º ano	<input type="checkbox"/>				
Escolaridade dos pais:	Pai	Mãe				
	<input type="checkbox"/>	1º Ciclo – antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo – antigo 6º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo – antigo 9º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	12º ano – ensino secundário	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional do pai:	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Empregado	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional da mãe	<input type="checkbox"/>	Desempregado	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Empregada	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Desempregada	<input type="checkbox"/>			

O José tem 17 anos e há algum tempo que anda um pouco “abatido”. Nas últimas semanas tem-se sentido excecionalmente triste. Sente-se sempre muito cansado mas, mesmo assim, tem dificuldades em adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso.

Ele não consegue concentrar-se nos estudos e as suas notas têm vindo a piorar progressivamente. Tem dificuldades em tomar decisões e até as pequenas tarefas diárias parecem-lhe difíceis de realizar. A situação chamou a atenção de pais e amigos que estão muito preocupados com ele.

Na tua opinião, o que é que se passa com o José? (Podes escolher mais do que uma opção)	
<input type="checkbox"/> Não tem nada	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Tem uma doença que afeta o sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem cancro	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Sofre de esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar
<input type="checkbox"/> Está cansado de viver	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> É um estado de espírito passageiro
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste
<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está revoltado
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos (amorosos)	<input type="checkbox"/> Tem dificuldades em se controlar

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o José? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1
Bruxas e ervanárias	5	4	3	2	1
Outro: Quem? _____	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar o José? Assinala com ○ em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-lo	5	4	3	2	1
Ouvi-lo e tentar compreendê-lo	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-lo à consulta, não o abandonar	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Continuar a tratá-lo como se ele não tivesse qualquer tipo de problema	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com ○ em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter consciência do problema e aceitá-lo	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde	5	4	3	2	1
Ter serviços facilmente acessíveis e sem custos	5	4	3	2	1
Saber que sozinho/a poderei não ser capaz de resolver o problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a	5	4	3	2	1
Conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com ○ a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-A

Mental Health Literacy Scale

Este questionário é parte integrante de um estudo de construção e validação da **MentaHLiS** (Escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental), no âmbito do Programa de Doutoramento que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à da Susana.

Deves ler atentamente a história e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Investigador responsável: Amorim Gabriel Santos Rosa

Data:	_____	Idade:	_____	Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
					Feminino	<input type="checkbox"/>
Concelho de residência:	_____					
Ano de Escolaridade:	7º ano	<input type="checkbox"/>				
	8º ano	<input type="checkbox"/>				
	9º ano	<input type="checkbox"/>				
	10º ano	<input type="checkbox"/>				
	11º ano	<input type="checkbox"/>				
	12º ano	<input type="checkbox"/>				
Escolaridade dos pais:	Pai	Mãe				
	<input type="checkbox"/>	1º Ciclo – antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo – antigo 6º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo – antigo 9º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	12º ano – ensino secundário	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional do pai:	Empregado	<input type="checkbox"/>				
	Desempregado	<input type="checkbox"/>				
Situação profissional da mãe	Empregada	<input type="checkbox"/>				
	Desempregada	<input type="checkbox"/>				

A Susana tem 15 anos e iniciou recentemente o secundário pelo que teve de mudar de Escola e de colegas.

Nas manhãs dos dias de escola fica ansiosa e queixa-se de dores abdominais e dores de cabeça que desaparecem quando consegue convencer a mãe a deixá-la ficar em casa. Durante o fim de semana as queixas desaparecem.

A Susana tem uma longa história de dificuldades em situações sociais sentindo-se desconfortável a conversar com novos colegas e a falar com os adultos. Quando os professores a questionam durante as aulas fica muito ansiosa com medo de dar uma resposta errada e que os outros se riam dela.

Na tua opinião, o que é que se passa com a Susana? (Podes escolher mais do que uma opção)	
<input type="checkbox"/> Não tem nada	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Tem uma doença que afeta o sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem cancro	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Sofre de esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar
<input type="checkbox"/> Está cansado de viver	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> É um estado de espírito passageiro
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste
<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está revoltado
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos (amorosos)	<input type="checkbox"/> Tem dificuldades em se controlar

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar a Susana? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiars (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1
Bruxas e ervanárias	5	4	3	2	1
Outro: Quem? _____	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar a Susana? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-la	5	4	3	2	1
Ouvi-la e tentar compreendê-la	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-la à consulta, não a abandonar	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Continuar a tratá-la como se ela não tivesse qualquer tipo de problema	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter consciência do problema e aceitá-lo	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde	5	4	3	2	1
Ter serviços facilmente acessíveis e sem custos	5	4	3	2	1
Saber que sozinho/a poderei não ser capaz de resolver o problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a	5	4	3	2	1
Conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com ○ a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-A

Mental Health Literacy Scale

Este questionário é parte integrante de um estudo de construção e validação da **MentaHLiS** (Escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental), no âmbito do Programa de Doutoramento que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à do Tiago.

Deves ler atentamente a história e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Investigador responsável: Amorim Gabriel Santos Rosa

Data:	_____	Idade:	_____	Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
					Feminino	<input type="checkbox"/>
Concelho de residência:	_____					
Ano de Escolaridade:	7º ano	<input type="checkbox"/>				
	8º ano	<input type="checkbox"/>				
	9º ano	<input type="checkbox"/>				
	10º ano	<input type="checkbox"/>				
	11º ano	<input type="checkbox"/>				
	12º ano	<input type="checkbox"/>				
Escolaridade dos pais:	Pai	Mãe				
	<input type="checkbox"/>	1º Ciclo – antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo – antigo 6º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo – antigo 9º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	12º ano – ensino secundário	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional do pai:	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Empregado	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional da mãe	<input type="checkbox"/>	Desempregado	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Empregada	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Desempregada	<input type="checkbox"/>			

O Tiago tem 15 anos e iniciou recentemente o secundário pelo que teve de mudar de Escola e de colegas.

Nas manhãs dos dias de escola fica ansioso e queixa-se de dores abdominais e dores de cabeça que desaparecem quando consegue convencer a mãe a deixá-lo ficar em casa. Durante o fim de semana as queixas desaparecem.

O Tiago tem uma longa história de dificuldades em situações sociais sentindo-se desconfortável a conversar com novos colegas e a falar com os adultos. Quando os professores o questionam durante as aulas fica muito ansioso com medo de dar uma resposta errada e que os outros se riam dele.

Na tua opinião, o que é que se passa com o Tiago? (Podes escolher mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/> Não tem nada	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Tem uma doença que afeta o sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem cancro	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Sofre de esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar
<input type="checkbox"/> Está cansado de viver	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> É um estado de espírito passageiro
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste
<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está revoltado
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos (amorosos)	<input type="checkbox"/> Tem dificuldades em se controlar

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o Tiago? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1
Bruxas e ervanárias	5	4	3	2	1
Outro: Quem? _____	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar o Tiago? Assinala com ○ em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-lo	5	4	3	2	1
Ouvi-lo e tentar compreendê-lo	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-lo à consulta, não o abandonar	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Continuar a tratá-lo como se ele não tivesse qualquer tipo de problema	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com ○ em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter consciência do problema e aceitá-lo	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde	5	4	3	2	1
Ter serviços facilmente acessíveis e sem custos	5	4	3	2	1
Saber que sozinho/a poderei não ser capaz de resolver o problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a	5	4	3	2	1
Conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com ○ a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-AA

Mental Health Literacy Scale

Este questionário é parte integrante de um estudo de construção e validação da **MentaHLiS** (Escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental), no âmbito do Programa de Doutoramento que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à da Francisca.

Deves ler atentamente a história e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Investigador responsável: Amorim Gabriel Santos Rosa

Data:	_____	Idade:	_____	Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
					Feminino	<input type="checkbox"/>
Concelho de residência:	_____					
Ano de Escolaridade:	7º ano	<input type="checkbox"/>				
	8º ano	<input type="checkbox"/>				
	9º ano	<input type="checkbox"/>				
	10º ano	<input type="checkbox"/>				
	11º ano	<input type="checkbox"/>				
	12º ano	<input type="checkbox"/>				
Escolaridade dos pais:	Pai	Mãe				
	<input type="checkbox"/>	1º Ciclo – antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo – antigo 6º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo – antigo 9º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	12º ano – ensino secundário	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional do pai:	<input type="checkbox"/>	Empregado	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Desempregado	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional da mãe	<input type="checkbox"/>	Empregada	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Desempregada	<input type="checkbox"/>			

A Francisca é uma jovem de 17 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas ou convívios a que foi. Os pais andam muito preocupados porque o rendimento escolar da Francisca tem vindo a diminuir e tem faltado às aulas devido às “ressacas”. Um destes dias os pais foram chamados à escola porque a Francisca apareceu embriagada numa aula.

Na última festa a que foi, os amigos tiveram que chamar o 112 pois ela estava inconsciente.

Na tua opinião, o que é que se passa com a Francisca? (Podes escolher mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/> Não tem nada	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Tem uma doença que afeta o sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem cancro	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Sofre de esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar
<input type="checkbox"/> Está cansado de viver	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> É um estado de espírito passageiro
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste
<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está revoltado
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos (amorosos)	<input type="checkbox"/> Tem dificuldades em se controlar

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar a Francisca? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1
Bruxas e ervanárias	5	4	3	2	1
Outro: Quem? _____	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar a Francisca? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-la	5	4	3	2	1
Ouvi-la e tentar compreendê-la	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-la à consulta, não a abandonar	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Continuar a tratá-la como se ela não tivesse qualquer tipo de problema	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter consciência do problema e aceitá-lo	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde	5	4	3	2	1
Ter serviços facilmente acessíveis e sem custos	5	4	3	2	1
Saber que sozinho/a poderei não ser capaz de resolver o problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a	5	4	3	2	1
Conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com ○ a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-AA

Mental Health Literacy Scale

Este questionário é parte integrante de um estudo de construção e validação da **MentaHLiS** (Escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental), no âmbito do Programa de Doutoramento que estamos a realizar no ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação. A escala pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à do Pedro.

Deves ler atentamente a história e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Investigador responsável: Amorim Gabriel Santos Rosa

Data:	_____	Idade:	_____	Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
					Feminino	<input type="checkbox"/>
Concelho de residência:	_____					
Ano de Escolaridade:	7º ano	<input type="checkbox"/>				
	8º ano	<input type="checkbox"/>				
	9º ano	<input type="checkbox"/>				
	10º ano	<input type="checkbox"/>				
	11º ano	<input type="checkbox"/>				
	12º ano	<input type="checkbox"/>				
Escolaridade dos pais:	Pai	Mãe				
	<input type="checkbox"/>	1º Ciclo – antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo – antigo 6º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo – antigo 9º ano	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	12º ano – ensino secundário	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>			
Situação profissional do pai:	Empregado	<input type="checkbox"/>				
	Desempregado	<input type="checkbox"/>				
Situação profissional da mãe	Empregada	<input type="checkbox"/>				
	Desempregada	<input type="checkbox"/>				

O Pedro é um jovem de 17 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas ou convívios a que foi. Os pais andam muito preocupados porque o rendimento escolar do Pedro tem vindo a diminuir e tem faltado às aulas devido às “ressacas”. Um destes dias os pais foram chamados à escola porque o Pedro apareceu embriagado numa aula.

Na última festa a que foi, os amigos tiveram que chamar o 112 pois ele estava inconsciente.

Na tua opinião, o que é que se passa com o Pedro? (Podes escolher mais do que uma opção)	
<input type="checkbox"/> Não tem nada	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Tem uma doença que afeta o sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem cancro	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Sofre de esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar
<input type="checkbox"/> Está cansado de viver	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> É um estado de espírito passageiro
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste
<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está revoltado
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos (amorosos)	<input type="checkbox"/> Tem dificuldades em se controlar

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o Pedro? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1
Bruxas e ervanárias	5	4	3	2	1
Outro: Quem? _____	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar o Pedro? Assinala com ○ em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-lo	5	4	3	2	1
Ouvi-lo e tentar compreendê-lo	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-lo à consulta, não o abandonar	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança (familiar, amigo)	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Continuar a tratá-lo como se ele não tivesse qualquer tipo de problema	5	4	3	2	1
Sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com ○ em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter consciência do problema e aceitá-lo	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde	5	4	3	2	1
Ter serviços facilmente acessíveis e sem custos	5	4	3	2	1
Saber que sozinho/a poderei não ser capaz de resolver o problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a	5	4	3	2	1
Conhecer os serviços e os profissionais de saúde disponíveis	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com ○ a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

ANEXO VI

Aprovação do estudo pela Direção Geral da Educação

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0404700001, com a designação *Literacia em Saúde Mental de Adolescentes: Desenvolvimento de um instrumento de avaliação*, registado em 18-12-2013, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Amorim Gabriel Santos Rosa
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vitor Pedroso
Diretor de Serviços de Projetos Educativos
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público contactados para a realização do estudo na região Centro. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos (não identificar ou tornar identificável), confidencialidade, proteção e segurança dos dados, sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente, para além da inquirição de adultos, existe inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) pelo que este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.
- c) Agradecemos que seja dado feedback à DGE sobre o resultado do estudo pois pode dar um grande contributo para a perceção que os jovens têm do que é saúde mental e face aos resultados ajudar os professores e pais a atuar numa lógica de promoção da saúde.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

ANEXO VII

Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

Parecer Nº P187-10-2013

Título do Projecto: "Literacia em saúde mental em adolescentes. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação"

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Amorim Gabriel Santos Rosa

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador responsável/orientador: Professor Doutor Luís Loureiro

Relator(es): Professor Doutor Adriano Vaz Serra

Parecer

Justificação: Atualmente a Saúde Mental representa uma área prioritária de estudo, principalmente no que respeita à Literacia. Os baixos níveis de Literacia em Saúde Mental constituem um fator determinante para a ausência de comportamentos adequados de procura de ajuda na adolescência, afetando o desenvolvimento psicossocial e educacional, aumentando o risco de recorrência das pessoas.

Amostra: 500 adolescentes de ambos os géneros, entre os 12 e os 18 anos, que acedam participar no estudo após informação sobre o projecto e os seus objectivos. Será utilizada a escala de avaliação da Literacia em Saúde Mental – Mental-ILIS (em construção) e um questionário de caracterização sociodemográfica.

A investigação decorrerá nas Escolas pertencentes à Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares (Direção de Serviços da Região Centro, que serão acedidas no âmbito do protocolo estabelecido com a ESENfC.

Não há danos para os participantes. É garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos, que se destinam a análise em conjunto.

O projecto proposto tem uma adequada informação e objectivos bem delineados. Atendendo ao adequado enquadramento do trabalho esta Comissão de Ética dá o seu parecer favorável para a sua execução.

O relator: 

Data: 20/11/2013 O Presidente da Comissão de Ética: 



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

ANEXO VIII

Pedido às escolas para participação no estudo

Amorim Rosa

De: Amorim <amorim@esenfc.pt>
Enviado: quinta-feira, 19 de dezembro de 2013 10:00
Para: 'aecoimbraoeste@aecoimbraoeste.pt'
Assunto: Pedido de colaboração para estudo de investigação

Exma. Sra. Dra. Isabel Veiga Simão

Chamo-me Amorim Rosa, sou professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e sou investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem. Estou atualmente a desenvolver um estudo de construção e validação de um instrumento de avaliação da Literacia em Saúde Mental em adolescentes como parte integrante de um projeto de investigação designado «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens», [PTDC/CPE-CED/112546/2009] financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN, e decorre na Região Centro de Portugal Continental.

Por imperativos metodológicos, a amostra para este estudo será constituída por 750 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (2º ciclo; 3º ciclo e secundário) e será recrutada em 10 escolas selecionadas aleatoriamente do conjunto das escolas sede de agrupamento pertencentes ao Distrito de Coimbra e que acedam participar.

Solicita-se unicamente a cedência de cerca de dez minutos para o preenchimento de um pequeno questionário a ser aplicado em 4 turmas.

Assim, num primeiro momento o que se pretende é solicitar a disponibilidade da escola que V. Exa. superiormente dirige, para poder ser incluída na seleção aleatória, podendo ou não vir a ser selecionada.

Informo que o estudo tem aprovação da DGE e parecer positivo da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A participação dos estudantes é voluntária e será solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação.

Para qualquer esclarecimento adicional, por favor contactar por tlm. 966063891

Atenciosamente

Amorim Rosa, RN, MSN
Professor Adjunto
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
amorim@esenfc.pt
Tel. +351966063891

Nota: Anexa-se somente um exemplo

ANEXO IX

MentaHLiS-Depressão: Escala final

MentaHLiS-Depressão

Este questionário pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à da Inês.

Deves ler atentamente a história que se segue e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

A Inês tem 17 anos e há algum tempo que anda um pouco “abatida”. Nas últimas semanas tem-se sentido excecionalmente triste. Sente-se sempre muito cansada mas, mesmo assim, tem dificuldades em adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso.

Ela não consegue concentrar-se nos estudos e as suas notas têm vindo a piorar progressivamente. Tem dificuldades em tomar decisões e até as pequenas tarefas diárias parecem-lhe difíceis de realizar. A situação chamou a atenção de pais e amigos que estão muito preocupados com ela.

Na tua opinião, o que é que se passa com a Inês? (Podes escolher mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/> Tem uma depressão	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade
<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida	<input type="checkbox"/> Tem uma doença do sistema nervoso
<input type="checkbox"/> Está cansada de viver	<input type="checkbox"/> Tem um esgotamento
<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima	<input type="checkbox"/> Sofre de stress
<input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa	<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança
<input type="checkbox"/> Sofre de bullying	<input type="checkbox"/> Anda nervosa e triste
<input type="checkbox"/> Tem um vício	<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos	<input type="checkbox"/> Está revoltada

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar a Inês? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar a Inês? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-la	5	4	3	2	1
Ouvi-la e tentar compreendê-la	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-la à consulta, não a abandonar	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-Depressão

Este questionário pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à do José.

Deves ler atentamente a história que se segue e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

O José tem 17 anos e há algum tempo que anda um pouco “abatido”. Nas últimas semanas tem-se sentido excecionalmente triste. Sente-se sempre muito cansado mas, mesmo assim, tem dificuldades em adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso.

Ele não consegue concentrar-se nos estudos e as suas notas têm vindo a piorar progressivamente. Tem dificuldades em tomar decisões e até as pequenas tarefas diárias parecem-lhe difíceis de realizar. A situação chamou a atenção de pais e amigos que estão muito preocupados com ele.

Na tua opinião, o que é que se passa com o José? (Podes escolher mais do que uma opção)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tem uma depressão | <input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida | <input type="checkbox"/> Tem uma doença do sistema nervoso |
| <input type="checkbox"/> Está cansado de viver | <input type="checkbox"/> Tem um esgotamento |
| <input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima | <input type="checkbox"/> Sofre de stress |
| <input type="checkbox"/> Tem mau ambiente em casa | <input type="checkbox"/> Tem falta de confiança |
| <input type="checkbox"/> Sofre de bullying | <input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste |
| <input type="checkbox"/> Tem um vício | <input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda |
| <input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos | <input type="checkbox"/> Está revoltado |

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o José? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar o José? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-lo	5	4	3	2	1
Ouvi-lo e tentar compreendê-lo	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-lo à consulta, não o abandonar	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

ANEXO X

MentaHLiS-Ansiedade: Escala final

MentaHLiS-Ansiedade

Este questionário pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à da Susana.

Deves ler atentamente a história que se segue e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

A Susana tem 15 anos e iniciou recentemente o secundário pelo que teve de mudar de Escola e de colegas.

Nas manhãs dos dias de escola fica ansiosa e queixa-se de dores abdominais e dores de cabeça que desaparecem quando consegue convencer a mãe a deixá-la ficar em casa. Durante o fim de semana as queixas desaparecem.

A Susana tem uma longa história de dificuldades em situações sociais sentindo-se desconfortável a conversar com novos colegas e a falar com os adultos. Quando os professores a questionam durante as aulas fica muito ansiosa com medo de dar uma resposta errada e que os outros se riam dela.

Na tua opinião, o que é que se passa com a Susana? (Podes escolher mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/> Tem cancro <input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida <input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar <input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima <input type="checkbox"/> Está cansada de viver <input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda	<input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade <input type="checkbox"/> Tem falta de confiança <input type="checkbox"/> Anda nervosa e triste <input type="checkbox"/> Sofre de stress <input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação
--	---

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar a Susana? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar a Susana? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-la	5	4	3	2	1
Ouvi-la e tentar compreendê-la	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-la à consulta, não a abandonar	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-Ansiedade

Este questionário pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à do Tiago.

Deves ler atentamente a história que se segue e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

O Tiago tem 15 anos e iniciou recentemente o secundário pelo que teve de mudar de Escola e de colegas.

Nas manhãs dos dias de escola fica ansioso e queixa-se de dores abdominais e dores de cabeça que desaparecem quando consegue convencer a mãe a deixá-lo ficar em casa. Durante o fim de semana as queixas desaparecem.

O Tiago tem uma longa história de dificuldades em situações sociais sentindo-se desconfortável a conversar com novos colegas e a falar com os adultos. Quando os professores o questionam durante as aulas fica muito ansioso com medo de dar uma resposta errada e que os outros se riam dele.

Na tua opinião, o que é que se passa com o Tiago? (Podes escolher mais do que uma opção)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tem cancro | <input type="checkbox"/> Sofre de ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida | <input type="checkbox"/> Tem falta de confiança |
| <input type="checkbox"/> Tem um distúrbio alimentar | <input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste |
| <input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima | <input type="checkbox"/> Sofre de stress |
| <input type="checkbox"/> Está cansado de viver | <input type="checkbox"/> Tem problemas de adaptação |
| <input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda | |

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o Tiago? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar o Tiago? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-lo	5	4	3	2	1
Ouvi-lo e tentar compreendê-lo	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-lo à consulta, não o abandonar	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

ANEXO XI

MentaHLiS-AA: Escala final

MentaHLiS-AA

Este questionário pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à da Francisca.

Deves ler atentamente a história que se segue e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

A Francisca é uma jovem de 17 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas ou convívios a que foi. Os pais andam muito preocupados porque o rendimento escolar da Francisca tem vindo a diminuir e tem faltado às aulas devido às “ressacas”. Um destes dias os pais foram chamados à escola porque a Francisca apareceu embriagada numa aula.

Na última festa a que foi, os amigos tiveram que chamar o 112 pois ela estava inconsciente.

Na tua opinião, o que é que se passa com a Francisca? (Podes escolher mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/> Anda nervosa e triste <input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos <input type="checkbox"/> Tem falta de confiança <input type="checkbox"/> Está revoltada <input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda	<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima <input type="checkbox"/> Tem dificuldade em se controlar <input type="checkbox"/> Tem um vício <input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade <input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida
---	---

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar a Francisca? Assinala com ○ a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar a Francisca? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-la	5	4	3	2	1
Ouvi-la e tentar compreendê-la	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-la à consulta, não a abandonar	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Encaminhá-la para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

MentaHLiS-AA

Este questionário pretende avaliar a Literacia em Saúde Mental em adolescentes ao nível do reconhecimento e dos comportamentos de procura de ajuda.

A história que apresentamos de seguida não é de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situações semelhantes à do Pedro.

Deves ler atentamente a história que se segue e responder às questões apresentadas conforme as diretrizes, assinalando com um **(X)** ou com uma **(O)** quando te é solicitado. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

O Pedro é um jovem de 17 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas ou convívios a que foi. Os pais andam muito preocupados porque o rendimento escolar do Pedro tem vindo a diminuir e tem faltado às aulas devido às “ressacas”. Um destes dias os pais foram chamados à escola porque o Pedro apareceu embriagado numa aula.

Na última festa a que foi, os amigos tiveram que chamar o 112 pois ele estava inconsciente.

Na tua opinião, o que é que se passa com o Pedro? (Podes escolher mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/> Anda nervoso e triste	<input type="checkbox"/> Tem baixa autoestima
<input type="checkbox"/> Tem problemas afetivos	<input type="checkbox"/> Tem dificuldade em se controlar
<input type="checkbox"/> Tem falta de confiança	<input type="checkbox"/> Tem um vício
<input type="checkbox"/> Está revoltado	<input type="checkbox"/> Tem falta de responsabilidade
<input type="checkbox"/> Está a reagir a uma perda	<input type="checkbox"/> Tem problemas com a bebida

Como consideras que cada uma das seguintes pessoas poderia ajudar o Pedro? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Ajudaria muito	Ajudaria um pouco	Não ajudaria nem prejudicaria	Prejudicaria um pouco	Prejudicaria muito
Amigos de confiança	5	4	3	2	1
Familiares (pais, irmãos...)	5	4	3	2	1
Grupos de auto ajuda/ alguém que já tenha passado pela mesma situação	5	4	3	2	1
Psicólogo	5	4	3	2	1
Psiquiatra	5	4	3	2	1
Enfermeiro especializado	5	4	3	2	1
Médico de família	5	4	3	2	1
Professores	5	4	3	2	1

O que farias para ajudar o Pedro? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Dar-lhe apoio e tentar animá-lo	5	4	3	2	1
Ouvi-lo e tentar compreendê-lo	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um profissional de saúde especializado	5	4	3	2	1
Acompanhá-lo à consulta, não o abandonar	5	4	3	2	1
Falar com os familiares para que estejam mais atentos	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para um professor de confiança	5	4	3	2	1
Encaminhá-lo para o médico de família	5	4	3	2	1

Se estiveres preocupado/a com a tua saúde mental, o que consideras mais importante para te levar a procurar ajuda profissional? Assinala com <input type="radio"/> em que medida concordas com cada uma das opções	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Ter apoio social (pais e amigos)	5	4	3	2	1
Ter alguém que vá comigo	5	4	3	2	1
Ter coragem	5	4	3	2	1
Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência numa situação semelhante	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	5	4	3	2	1
Ter a certeza que ninguém me vai julgar	5	4	3	2	1
Não ter medo do julgamento dos outros	5	4	3	2	1
Ter a certeza de que o que disser vai ser confidencial	5	4	3	2	1
Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	5	4	3	2	1
Não ter medo das consequências	5	4	3	2	1
Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	5	4	3	2	1

Na tua opinião até que ponto consideras importantes os seguintes comportamentos? Assinala com <input type="radio"/> a tua resposta	Muito importante	Importante	Nem muito nem pouco importante	Pouco importante	Nada importante
Manter hábitos alimentares adequados	5	4	3	2	1
Manter exercício físico regular	5	4	3	2	1
Manter hábitos de sono regulares	5	4	3	2	1
Convívio frequente com os amigos	5	4	3	2	1
Ter boa relação com os familiares	5	4	3	2	1
Ter sucesso escolar	5	4	3	2	1
Ter uma autoestima positiva	5	4	3	2	1
Promover uma boa imagem corporal	5	4	3	2	1
Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	5	4	3	2	1
Prevenir o risco de acidentes	5	4	3	2	1
Não ter sexo antes da idade	5	4	3	2	1

ANEXO XII

Artigos publicados

Artigo de Investigação

Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0158>

8 LITERACIA EM SAÚDE MENTAL SOBRE ABUSO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA

| Amorim Rosa¹; Luís Loureiro²; Carlos Sequeira³ |

RESUMO

CONTEXTO: As estimativas apontam para que uma em cada cinco crianças e adolescentes venham a ter problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade e que destes, cerca de metade desenvolva uma perturbação mental com reflexo na idade adulta.

A baixa literacia em saúde mental está associada à ausência de comportamentos de procura de ajuda. Considerando que a promoção da literacia em saúde mental é um pré-requisito para o reconhecimento precoce das perturbações e intervenção atempada, são necessários instrumentos específicos que sustentem a conceção e implementação de programas de educação e sensibilização para a saúde mental ajustados aos contextos e público-alvo.

OBJETIVO: Desenvolver a escala MentaHLiS – AA e analisar as suas propriedades psicométricas.

METODOLOGIA: Participaram no estudo 757 adolescentes entre os 10 e os 18 anos. Para o desenvolvimento do instrumento utilizaram-se metodologias qualitativas (focus group, painéis de peritos). A validade foi verificada através da análise de correspondências múltiplas e da análise fatorial exploratória dos itens, e a fidelidade, através do cálculo do alfa de Cronbach.

RESULTADOS: Da análise resultaram cinco subescalas com índices de fiabilidade aceitáveis, variando entre .718 e .811, e uma estrutura fatorial consistente com o construto teórico.

CONCLUSÕES: A MentaHLiS – AA é um instrumento fidedigno e válido que pode ser utilizado no rastreio da literacia em saúde mental sobre abuso de álcool e na avaliação do impacto das intervenções de Enfermagem dirigidas à promoção da saúde mental dos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Literacia; Saúde mental; Adolescentes; Abuso de substâncias

RESUMEN

“Alfabetización en salud mental sobre abuso de alcohol en adolescentes: Desarrollo de un instrumento de medición”

CONTEXTO: Las estimaciones indican que uno de cada cinco niños y adolescentes pueden tener problemas de salud mental antes de los 18 años de edad y que de éstos, aproximadamente la mitad desarrollara un trastorno mental en la edad adulta.

La baja alfabetización en salud mental se asocia con la ausencia de comportamientos de búsqueda de ayuda. Considerando que la promoción de la alfabetización en salud mental es un requisito previo para la detección precoz de los problemas e intervención oportuna, son necesarios instrumentos específicos para apoyar el desarrollo e implementación de programas de educación y sensibilización para la salud mental, ajustados a los contextos y público objetivo.

OBJETIVO: Desarrollar la escala MentaHLiS – AA y analizar sus propiedades psicométricas.

METODOLOGÍA: Participaron en el estudio 757 adolescentes entre 10 y 18 años. Para el desarrollo del instrumento se utilizaron métodos cualitativos (grupos focales, grupos de expertos). La validez se verificó mediante análisis de correspondencias múltiples y análisis factorial exploratorio de los ítems, e la confiabilidad a través del alfa de Cronbach.

RESULTADOS: El análisis resultó en cinco subescalas con índices de fiabilidad aceptables (.718 - .811), y una estructura factorial consistente con el constructo teórico.

CONCLUSIONES: La MentaHLiS – AA es una herramienta fiable que puede ser utilizada en la detección de la alfabetización en salud mental sobre abuso de alcohol y evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería dirigidos a la promoción de la salud mental de los adolescentes.

DESCRIPTORES: Alfabetización; Salud mental; Adolescentes; Abuso de sustancias

ABSTRACT

“Mental Health Literacy on alcohol abuse in adolescents: Development of an assessment tool”

BACKGROUND: Recent estimates indicate that around 20% of children and adolescents under the age of 18 years have mental health problems and that approximately half of them will eventually develop a mental disorder with an impact on adulthood, leading to reduced quality of life and increased use of health care services. Poor mental health literacy is a determining factor for the lack of help-seeking behaviors and the increased risk of recurrence. Mental health literacy is a prerequisite for early recognition and intervention, requiring specific instruments that can serve as a basis for the design and implementation of mental health education and awareness programs adjusted to specific contexts and target groups.

OBJECTIVE: Development and psychometric testing of the MentaHLiS – AA.

METHODS: A total of 757 adolescents aged between 10 and 18 years participated in the study. For the development of the instrument we used qualitative methods (focus group, expert panels). Multiple correspondence analysis and exploratory factor analysis of the items were performed to assess validity and Cronbach's alpha to assess reliability.

RESULTS: Five subscales emerged from the analysis, all with acceptable reliability coefficients (.718 to .811), and a factor structure consistent with the theoretical construct.

CONCLUSIONS: The MentaHLiS – AA is a reliable tool that allows the screening of mental health literacy on alcohol abuse and assessing the impact of nursing interventions aimed at the promotion of mental health among adolescents.

KEYWORDS: Literacy; Mental health; Adolescents; Substance abuse

Submetido em 30-09-2016
Aceite em 30-11-2016

1 MSN; Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Rua 5 de Outubro (Polo B), Apartado 7001, 3046-851 Coimbra, Portugal, amorim@esenfc.pt

2 PhD; Professor Adjunto, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851 Coimbra, Portugal, lloureiro@esenfc.pt

3 Doutor em Ciências de Enfermagem; Mestre em Saúde Pública; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Investigador Principal no Center for Health Technology and Services Research; Coordenador do grupo de investigação “NursID: Innovation & Development in Nursing”; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal, carlossequeira@esenfc.pt

Citação: Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2016). Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool em adolescentes: Desenvolvimento de um instrumento de medida. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (16), 59-68.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase crítica para o início das perturbações mentais. As estimativas apontam para que uma em cada cinco crianças e adolescentes venham a ter problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade (Loureiro et al., 2013), persistindo na idade adulta (Lee et al., 2014) e implicando diminuição da qualidade de vida e aumento do consumo de cuidados de saúde. Contudo, na maioria das situações, os adolescentes não recebem a ajuda adequada ou recebem-na com muito atraso (Kelly, Jorm & Wright, 2007).

O processo de adolecer pode configurar um período conturbado em torno da busca da identidade, durante o qual as experiências vivenciadas se podem tornar particularmente desestabilizadoras, causando sofrimento psíquico e determinando uma vulnerabilidade acrescida para a exposição ao abuso de substâncias, como é o caso do álcool. A realidade dos conflitos dos adolescentes, como a pressão social, o relacionamento com os pais, a tentativa de extroversão social e a procura de relacionamentos afetivos e sexuais, podem ser alguns dos fatores que indiciam o processo de vulnerabilidade do adolescente em relação ao uso e abuso de álcool (Natividade, Aguirre, Bizarro e Hutz, 2012).

O álcool é a substância psicoativa mais consumida na atualidade sendo o seu uso socialmente aceite e culturalmente justificado. Considerando estes aspetos, podemos dizer que o uso de álcool tem um grande suporte de permissividade social, seja por aspetos sociais históricos ou por campanhas que vão ao encontro da idealização de crianças e adolescentes, numa visão de conquista de público consumidor (Faria, Vendrame, Silva e Pinski, 2011). Em contrapartida, os estudos indicam que até aos 18 anos não deveriam ser consumidas bebidas alcoólicas, porque o fígado não está completamente preparado para metabolizar o álcool. Para além disso, o cérebro encontra-se em desenvolvimento até aos 21 anos de idade, altura em que se conclui a maturação neuronal. Assim sendo, o uso de álcool na adolescência expõe o indivíduo a um maior risco de dependência na idade adulta, pelo que, quanto mais precoce é a fase de experimentação, piores são as consequências e maior é o risco de abuso e dependência de álcool (Wandekoken, Vicente e Siqueira, 2011).

Este facto é particularmente preocupante quando sabemos que as primeiras experiências de consumo ocorrem geralmente no início da adolescência, observando-se simultaneamente um consumo excessivo ou abusivo antes dos 18 anos.

Os comportamentos problema decorrentes do consumo excessivo regular ou de episódios pontuais de embriaguez são sobejamente conhecidos. Contudo, durante a adolescência, o consumo de álcool, mesmo em pequenas quantidades, pode ter graves consequências sendo considerado um sério problema de saúde pública (Copeland et al., 2012).

Assim, reconhecendo que o uso precoce de álcool é um problema altamente prevalente entre os adolescentes, a promoção da literacia em saúde mental (LSM) enquanto pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada (Scott & Chur-Hansen, 2008), deverá constituir uma preocupação central. Neste sentido têm sido desenvolvidas intervenções no âmbito da educação para a saúde com intuito de prevenir o consumo precoce de álcool e o seu uso inadequado, alertando para os riscos, consequências, efeitos individuais e coletivos. Alguns autores (e.g. Jorm, 2012; Loureiro et al., 2012; Loureiro et al., 2013) sugerem que as intervenções no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes, quando ancoradas no conceito de LSM, tendem a ser eficazes, pois implicam um conhecimento voltado para a ação em proveito da saúde do indivíduo ou dos seus pares. O conceito de LSM foi introduzido em 1997 por Anthony Jorm e colaboradores, sendo definido como os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que facilitam o seu reconhecimento, prevenção e/ou gestão. O conceito integra um conjunto de componentes interligados: a) 'capacidade de reconhecer as perturbações de modo a facilitar a procura de ajuda'; b) 'conhecimento da ajuda profissional e tratamentos disponíveis'; c) 'conhecimento da eficácia das estratégias de autoajuda'; d) 'conhecimentos e competências para prestar primeira-ajuda'; e) 'conhecimentos sobre como prevenir as perturbações mentais' (Jorm, 2012; Loureiro et al., 2012).

O conceito releva pela importância do conhecimento mas também pelas crenças associadas que, em conjunto, determinam as atitudes, como por exemplo a resistência em procurar ajuda profissional, perspetivando um conhecimento voltado para a ação (Jorm, 2012).

Assim, considerando as limitações substanciais na capacidade atual para avaliar a LSM, é fundamental desenvolver instrumentos que avaliem os seus atributos mais relevantes, servindo de base para a conceção e implementação de programas de educação e sensibilização para a saúde mental e a monitorização o seu efeito. Este estudo tem como objetivo, desenvolver uma escala de avaliação das LSM sobre uso de álcool em adolescentes (MentaHLiS – AA) e avaliar as suas propriedades psicométricas.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido em quatro fases, utilizando metodologias qualitativas (focus group e painéis de peritos) para o desenvolvimento do instrumento e metodologias quantitativas para avaliação das suas propriedades psicométricas.

Inicialmente foi construída e validada uma vinheta clínica, retratando o caso de um adolescente com critérios para abuso de álcool, segundo o manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* e a *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*. Foram desenvolvidas duas versões da mesma vinheta mudando unicamente o género do adolescente, sendo que cada participante teve acesso apenas a uma das versões.

Na validação, realizada através do método Delphi, participou um painel de peritos constituído por dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros especialistas de Psiquiatria, um psicólogo e dois professores. A vinheta foi avaliada de acordo com três critérios: clareza da redação; adequação à amostra; e adequação ao domínio, sendo pontuada por cada perito com um valor entre 1 e 5 em cada critério. Realizaram-se duas rondas sucessivas até à obtenção de consenso, considerando-se uma pontuação mínima de 28 pontos.

Numa fase seguinte realizaram-se três focus group em escolas secundárias para realizar o pré teste da vinheta e explorar as componentes da LSM sobre abuso de álcool. Participaram 23 adolescentes (16 raparigas e 7 rapazes), com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, com frequência do 7º ao 12º ano. As entrevistas foram sujeitas a análise qualitativa de conteúdo e os resultados permitiram construir os itens da escala.

Numa fase posterior procedeu-se à construção e pré-teste da escala. Para além de uma secção de caracterização sociodemográfica, a escala integra cinco subescalas, correspondendo a diferentes componentes da LSM: I – ‘reconhecimento do problema’; II – ‘recursos e opções de ajuda’; III – ‘crenças e intenções para prestar a primeira ajuda’; IV – ‘barreiras e facilitadores na procura de ajuda’; e V – ‘crenças sobre comportamentos salutogénicos’.

Os itens das subescalas I,II,III e IV foram definidos em função dos resultados dos focus group. Para além disso, através da revisão da literatura, foi construída uma pole de itens constituintes da subescala V. As questões são avaliadas em escalas tipo Likert de 5 pontos, com exceção da questão sobre o ‘reconhecimento do problema’ que é de escolha múltipla.

A escala foi submetida a um pré-teste no qual participaram 15 adolescentes. Neste processo procurou-se avaliar a compreensibilidade dos itens, a sua aceitação geral e a previsão do tempo médio de resposta, bem como a identificação de dúvidas e sugestões.

Finalmente, na quarta fase, avaliaram-se as propriedades psicométricas da escala.

Este artigo resulta de um estudo mais amplo de construção de um instrumento de avaliação da LSM, constituído por três escalas (depressão, ansiedade e abuso de álcool), cada uma com cinco subescalas. Destas, três são específicas e com questões direcionadas à situação apresentada na vinheta (I,II e III), enquanto as outras duas (IV e V) avaliam outras dimensões e atributos da LSM.

Assim, para a validação das subescalas IV e V utilizaram-se os dados do total da amostra ($n=757$), enquanto às restantes três responderam apenas 255 indivíduos (159 raparigas e 96 rapazes), com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos ($M=14.38$, $DP=2.20$), a frequentar 11 escolas públicas pertencentes ao distrito de Coimbra (55.3% o 3º ciclo; 32.2% o secundário; e 12.5% o 2º ciclo).

Procedimento

O estudo foi aprovado pela Direcção-Geral de Educação – Gabinete de Projetos Educativos do Ministério da Educação do Governo Português (n.º 0404700001) e pela Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC (P187-10-2013). Foi dado o consentimento informado pelos encarregados de educação e pelos estudantes antes da sua inclusão no estudo.

Análise Estatística

Os dados foram analisados com o software IBM SPSS-22. Verificou-se a adesão das distribuições à normalidade das variáveis na população, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, utilizando o score total da escala.

Para a subescala I ‘reconhecimento do problema’, tratando-se de dados nominais (categóricos) com opções de resposta múltipla, foi realizada uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM). Para as restantes subescalas foi verificada a validade de construto através da análise fatorial de componentes principais (ACP) com rotação ortogonal varimax.

A adequação dos dados foi verificada através do teste de esfericidade de Bartlett (BTS) e da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

A escolha das soluções fatoriais finais seguiu os seguintes critérios: Validade convergente - factor loading $\geq .40$; Validade discriminante - diferencial de loading $\geq .20$ com os restantes fatores; Coeficientes de comunalidade superiores a .40; Concordância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada.

A consistência interna foi verificada através do cálculo do coeficiente α de Cronbach.

RESULTADOS

A versão inicial da escala integrava 71 itens distribuídos em cinco subescalas. A análise fatorial exploratória dos itens e a análise de consistência interna permitiram determinar a sua estrutura interna final, tendo sido eliminados 23 itens, de acordo com os critérios previamente definidos.

Relativamente à subescala I - 'reconhecimento do problema', conforme pode ser observado na Tabela 1, a ACM revelou a existência de dois componentes ou dimensões que explicam na totalidade 40.16% da variância. Para evitar a análise de categorias pouco representativas consideraram-se unicamente as respostas assinaladas com percentagem de concordância superior a 5% e os itens com valor de discriminação superior à inércia da dimensão. Os valores do alfa de Cronbach mostram um bom ajustamento do modelo: dimensão 1 (.670); dimensão 2 (.369); média com base no autovalor médio (.558).

Tabela 1 - Resultados da Aplicação da Análise de Correspondências Múltiplas aos Itens da Componente Reconhecimento do Abuso de Álcool (N=255)

MentaHLiS - AA	Dimensão	
	1	2
P20. Anda nervoso e triste	.431	.007
P11. Tem problemas afetivos	.409	.060
P17. Tem falta de confiança	.303	.059
P21. Está revoltado	.279	.138
P23. Está a reagir a uma perda	.276	.003
P6. Tem baixa autoestima	.266	.132
P22. Tem dificuldade em se controlar	.078	.371
P10. Tem um vício	.180	.303
P9. Tem falta de responsabilidade	.127	.237
P2. Tem problemas com a bebida	.169	.188
Valores próprios (eigenvalues)	2.52	1.50
% de variância explicada	25.18	14.98
Alfa de Cronbach	.670	.369

Interpretação Semântica e Nomeação das Dimensões

Para a primeira componente são particularmente determinantes as variáveis: "Nervoso e triste", "Problemas afetivos", "Falta de confiança", "Revolta", "Reação a uma perda" e "Baixa autoestima". Esta dimensão, ao agregar respostas que combinam variáveis semanticamente distintas associadas a atribuições de cariz psicoafectivo e comportamental, configura um 'desconhecimento ou visão difusa da perturbação' expressa na vinheta.

A segunda componente contempla as variáveis: "Dificuldade em se controlar", "Vício", "Problemas com a bebida" e "Falta de responsabilidade". Nesta dimensão, a associação existente entre os rótulos indica uma perceção do problema como 'doença', sendo esta associada a dificuldades de controlo e falta de responsabilidade.

O "desconhecimento/visão difusa da perturbação" e a "doença" constituem os dois eixos temáticos do espaço em análise.

Nas restantes quatro subescalas, previamente à análise fatorial, verificaram-se os pré-requisitos para a sua utilização. As medidas de adequação amostral KMO das quatro subescalas variaram entre .754 e .836 e os valores do BTS variaram entre 431.05 e 2568.30, ($p < .001$), o que permitiu prosseguir com a análise.

A matriz de correlações anti-imagem, por sua vez, mostrou que os quadrados das correlações múltiplas (R^2), na sua grande maioria, eram superiores a 0,75 (mínimo = .504; máximo = .889), o que indica um valor ótimo de relação entre as variáveis.

Feita a análise e extraídos os componentes, pretendeu-se saber que itens constituiriam cada uma das subescalas e as respetivas dimensões.

Seguindo os critérios previamente definidos foram eliminados os seguintes itens: item 9 (bruxas e ervanárias) da subescala II - porque constituía, por si só, uma dimensão e porque a sua manutenção diminuía significativamente a consistência interna da subescala; itens 5 (sugerir-lhe que fale com um adulto de confiança), 8 (continuar a tratá-la/o como se ele/a não tivesse qualquer tipo de problema) e 9 (sugerir-lhe que beba álcool para esquecer os problemas) da subescala III - o item 5 por ser híbrido, apresentando cargas fatoriais de magnitudes semelhantes (diferenças inferiores a 0,1) em ambos os fatores, e os itens 8 e 9 porque apresentavam correlações negativas muito fortes com a restante subescala e comprometiam a sua consistência interna; os itens 2 (ter consciência do problema e aceitá-lo), 10 (ter a certeza que posso confiar nos profissionais de saúde),

11 (ter serviços facilmente acessíveis e sem custos), 12 (saber que sozinho poderei não ser capaz de resolver o problema), 13 (ter a certeza que não haverá consequências, como por exemplo ser internado/a) e 14 (conhecer o/s profissional/is de saúde) da subescala IV - porque apresentavam correlações com o fator inferiores a .40; loadings semelhante em mais do que um fator; e no caso dos itens 2,11,12 e 14, por apresentarem valores de comunalidade inferiores a .40.

Apesar dos itens 2 e 8 da subescala II e do item 3 da subescala III violarem, ainda que ligeiramente os critérios definidos (diferença de loadings <.20 e valores de comunalidade <.40), foram mantidos pela sua importância para o construto teórico e porque a sua exclusão diminuía de forma significativa a consistência interna das subescalas a que pertencem.

No final, as quatro subescalas ficaram constituídas como descrevemos de seguida:

A subescala II 'Recursos e opções de ajuda' apresenta uma estrutura fatorial final com dois fatores que explicam 56.11% da sua variância total. O primeiro fator designado como 'ajudas formais' integra os itens 3,4,5,6,7 e 8, explicando 41.72% da variância. O segundo fator que designámos como 'ajudas informais' Integra os itens 1 e 2 e explica 14.39% da variância.

A subescala III 'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' mostrou-se claramente interpretável e ajustada ao construto teórico, numa solução com dois fatores que explicam 59.21% da variância. O primeiro fator 'apoio social e encaminhamento passivo' explica 41.83% da variância e é constituído pelos itens 1, 2 e 4. O segundo fator 'encaminhamento ativo' integra os itens 3,6,7 e 10, explicando 17.38% da variância da subescala. A análise dos resultados da subescala IV 'barreiras e facilitadores na procura de ajuda' permitiu verificar que a estrutura fatorial mais interpretável e coerente com o construto teórico seria uma solução com três fatores que, em conjunto, explicam 52.67% da variância. O primeiro fator 'estigma e preconceito' é composto pelos itens 8,15,16, e 17 e explica 28.09% da variância. O segundo fator 'determinação e apoio social' integra os itens 1,3,4 e 5 explicando 13.57% da variância. Finalmente, o terceiro fator que designámos como 'confidencialidade' integra os itens 6,7 e 9, explicando 11.01% da variância.

Finalmente, a subescala V 'crenças sobre comportamentos salutogénicos' apresenta uma estrutura interna perfeitamente definida, interpretável e coerente com o construto teórico.

A solução final de três fatores explica 60.35% da variância total. O primeiro fator 'apoio social positivo' engloba os itens 4,5,6,7 e 8 e explica 22.51% da variância da subescala. O segundo fator, 'promoção da saúde física e mental' é composto pelos itens 1,2 e 3 e explica 19.67% da variância. Por fim, o terceiro fator que designámos como 'prevenção de comportamentos de risco' integra os itens 9,10 e 11 e explica 18.17% da variância total.

Na Tabela 2 observa-se a configuração final para o agrupamento dos itens em cada uma dos fatores das quatro subescalas. São apresentadas as cargas fatoriais dos itens, os valores de comunalidade, a percentagem de variância explicada e cumulativa, as medidas de KMO e BTS, e ainda, os coeficientes de consistência interna das várias subescalas.

Tabela 2 - Matriz de Saturação dos Itens nos Fatores para Solução Rodada Ortogonal Varimax

Subescalas	F1	F2	F3	h ²
'Recursos e opções de ajuda' ($\alpha=.789$)				
1.Amigos de confiança	-.149	.839		.726
2.Familiares (pais, irmãos)	.329	.534		(.393)
3.Grupos de autoajuda	.552	.320		.407
4.Psicólogo	.781	.025		.611
5.Psiquiatra	.783	-.149		.636
6.Enfermeiro especializado	.806	.147		.671
7.Médico de família	.729	.268		.604
8.Professores	.528	.403		.441
Valores próprios (eigenvalues)	3.338	1.151		
% Variância explicada	41.72	14.39		
'Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' ($\alpha=.756$)				
1.Dar-lhe apoio e animá-lo/a	.672	.249		.513
2.Ouvi-lo/a e tentar compreendê-lo/a	.887	.006		.787
3.Encaminhá-lo/a para um profissional de saúde especializado	.346	.450		.401
4.Acompanhá-lo/a à consulta, não o/a abandonar	.752	.152		.589
6.Falar com os familiares para que estejam mais atentos	.400	.633		.561
7.Encaminhá-lo/a para um professor de confiança	.097	.781		.620
10.Encaminhá-lo/a para o médico de família	.042	.820		.674
Valores próprios (eigenvalues)	2.929	1.216		
% Variância explicada	41.83	17.38		
'Barreiras e facilitadores na procura de ajuda' ($\alpha=.718$)				
1.Ter apoio social (pais e amigos)	.172	.571	-.109	(.368)
3.Ter alguém que vá comigo	.031	.797	.065	.641
4.Ter coragem	.300	.618	.145	.493
5.Conhecer alguém que tenha tido uma boa experiência (...)	.150	.567	.251	.407

6. Ter a certeza que ninguém vai saber do meu problema	-.149	.028	.807	.674
7. Ter a certeza que ninguém me vai julgar	.143	.179	.716	.565
8. Não ter medo do julgamento dos outros	.551	.149	.240	(.383)
9. Ter a certeza que o que disser vai ser confidencial	.334	.002	.638	.519
15. Não ter estigma e preconceitos relativamente a estas doenças	.785	.039	.110	.630
16. Não ter medo das consequências	.741	.141	.047	.571
17. Aceitar que procurar ajuda não é assumir uma fraqueza	.667	.301	-.095	.544
Valores próprios (eigenvalues)	3.090	1.493	1.211	
% Variância explicada	28.09	13.57	11.01	
'Crenças sobre comportamentos salutogénicos' ($\alpha=.811$)				
1. Manter hábitos alimentares adequados	.138	.858	.156	.779
2. Manter exercício físico regular	.230	.822	.123	.744
3. Manter hábitos de sono regulares	.299	.641	.112	.513
4. Convívio frequente com os amigos	.745	.180	-.063	.591
5. Ter boa relação com os familiares	.648	.361	.116	.563
6. Ter sucesso escolar	.661	.176	.258	.535
7. Ter uma autoestima positiva	.686	.292	.158	.580
8. Promover uma boa imagem corporal	.596	.033	.184	.400
9. Não consumir álcool, tabaco ou outras drogas	.107	.134	.805	.677
10. Prevenir o risco de acidentes	.244	.205	.678	.562
11. Não ter sexo antes da idade	.083	.048	.835	.706
Valores próprios (eigenvalues)	4.156	1.445	1.039	
% Variância explicada	22.51	19.67	18.17	

Na Tabela 3 podemos observar as estatísticas descritivas das quatro subescalas. Os dez fatores têm entre três e cinco itens e os coeficientes de correlação média entre os itens variam de .176 a .518, valores significativamente diferentes de zero ($p < .001$). Estes valores indicam que os itens de cada dimensão têm um nível de relação bem estabelecido entre si.



Tabela 3 - Estatísticas Descritivas e Correlação Média entre os Itens das Subescalas que Compõem a MentaHLiS - AA

Subescalas/fatores	Nº Itens	Observado		\bar{x}	s	Correlação média entre itens
		Min.	Máx.			
Recursos e opções de ajuda						
1.Ajudas formais	5	5	25	19.78	3.29	.458*
2.Ajudas informais	3	7	15	12.62	1.50	.176*
Crenças e intenções para prestar a primeira ajuda						
1.Apoio social e encaminhamento passivo	3	3	15	13.66	1.61	.460*
2.Encaminhamento ativo	4	4	20	15.62	2.66	.366*
Barreiras e facilitadores na procura de ajuda						
1.Estigma e preconceito	4	4	20	16.64	2.45	.361*
2.Determinação e apoio social	4	7	20	16.94	2.16	.264*
3.Confidencialidade	3	3	15	10.83	2.55	.342*
Crenças sobre comportamentos salutogénicos						
1.Apoio social positivo	5	8	25	21.84	2.69	.386*
2.Promoção da saúde física e mental	3	3	15	13.52	1.71	.518*
3.Prevenção de comportamentos de risco	3	3	15	12.08	2.65	.471*

Análise de Fidelidade

No estudo de fidelidade procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Calculou-se também o coeficiente de correlação corrigido entre o resultado do item e o resultado da subescala de forma a perceber como cada um dos itens se relaciona com o todo. Os itens apresentam correlações moderadas e altas com o score total das subescalas, de um modo geral com valores superiores a .30, sendo a média de .42, verificando-se que a exclusão de itens, em todos os 37 casos analisados, não contribuiria significativamente para a elevação do coeficiente α do teste. Excetuam-se duas situações: o item 1 da subescala II e o item 6 da subescala IV. Optou-se pela sua manutenção porque, em ambos os casos, os ganhos de fiabilidade do instrumento seriam pouco significativos. A análise de consistência interna das quatro subescalas resultou em valores de α moderados: subescala II (8 itens), $\alpha=.789$; subescala III (7 itens), $\alpha=.756$; subescala IV (11 itens), $\alpha=.718$; e subescala V (11 itens), $\alpha=.811$.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A literatura sugere que o consumo de substâncias tem início sobretudo durante a adolescência, existindo múltiplos fatores relacionados com esta fase desenvolvimental que indiciam um processo de vulnerabilidade do adolescente em relação ao uso e abuso de álcool (Natividade et al., 2012).

Assim, tendo em conta as limitações atuais para avaliar a LSM, emerge a necessidade de desenvolver instrumentos robustos que avaliem as suas dimensões e atributos mais relevantes.

Este artigo apresenta os resultados do processo de construção e validação de um instrumento fidedigno para avaliar os níveis de LSM sobre abuso de álcool em adolescentes.

Neste estudo usou-se uma vinheta clínica retratando o caso de um adolescente com problemas de abuso de álcool. O recurso a esta estratégia pode ser considerado uma mais-valia porque facilita a avaliação, permitindo a obtenção de respostas mais aproximadas ao que seria o comportamento dos adolescentes em situações reais, ao passo que, quando é usada uma situação hipotética mais simples, as respostas dos participantes não costumam refletir as decisões que eles teriam no seu dia-a-dia (FeldmanHall et al., 2012).

Os resultados obtidos sugerem-nos alguns comentários:

Das várias componentes da LSM, o reconhecimento do problema emerge como um fator inicial e importante, pois é o primeiro passo para a procura de ajuda de fontes profissionais (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

O reconhecimento é na LSM, entre outras formas, avaliado através da atribuição de rótulos psiquiátricos a diferentes situações do quotidiano que envolvem situações de adoecer mental e/ou sofrimento psicológico (Loureiro, Sequeira, Rosa e Gomes, 2014). Contudo a atribuição de rótulos não pressupõe o diagnóstico em saúde mental, para isso existem profissionais de saúde especializados. Tem antes a intenção mais simples de favorecer ou potenciar a procura de ajuda e o tratamento adequado, quando necessário (Jorm, 2012).

A primeira subescala ‘reconhecimento do problema’ avalia a capacidade dos adolescentes para reconhecer a perturbação descrita na vinheta através da seleção de rótulos com diferentes níveis de adequação à situação apresentada.

Utilizou-se a ACM, o que nos permitiu agrupar os diferentes rótulos e representá-los em duas dimensões, identificando grupos de indivíduos com perfil semelhante.

Esta estratégia pareceu-nos a mais correta porque a análise das respostas individuais aos rótulos assinalados e às suas combinações permite verificar se o indivíduo é capaz de reconhecer adequadamente o problema (Loureiro et al., 2013).

Por outro lado, a análise fatorial seria uma opção com pouco sentido já que não fornece informação sobre a capacidade para reconhecer adequadamente uma perturbação mental a partir da leitura dos rótulos apresentados (Loureiro, 2015), e porque a análise das relações entre as categorias numa tabela de contingência é mais vantajosa na ACM do que na análise fatorial, sobretudo devido à diferença na informação contida nas dimensões correspondentes (Infantosi, Costa e Almeida, 2014). Considerando que o desenho de programas de intervenção deve partir da análise e avaliação dos défices neste domínio, a criação de scores a partir de loadings dos itens no fator poderá também não fazer sentido, implicando, por vezes, a perda de informação relevante (Loureiro, 2015).

As duas dimensões que emergiram da análise configuram predominantemente um ‘desconhecimento ou visão difusa da perturbação’, com as respostas que apontam para a perceção do problema como ‘doença’ a explicarem unicamente 14.98% da variância da subescala. Este resultado, apesar de preocupante pode ser considerado expectável, justificando os resultados de outros estudos (e.g. Loureiro et al., 2013) que verificaram a existência de dificuldades nos indivíduos para reconhecer e diferenciar o abuso e a dependência de álcool. Por outro lado, o consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto com tal permissividade que dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença (Heckmann e Silveira, 2009).

Na subescala II foram agrupados os itens relacionados com as escolhas dos adolescentes relativamente aos recursos e opções de ajuda para a situação apresentada na vinheta. A análise permitiu identificar duas dimensões antagónicas: uma agrupando os itens relacionados com as opções de ajuda formais ou profissionais; outra integrando as opções de ajuda informais, à semelhança de outros estudos (e.g. Hernan, Philpot, Edmonds & Reddy, 2010; Rosa, Loureiro e Sousa, 2014) que também identificaram estes dois tipos de opção de ajuda.

Esta variável integra uma das dimensões propostas por Jorm (2012) como componente do conceito de LSM e tem sido sobejamente considerada em outros estudos (e.g. Loureiro et al., 2013; Scott & Chur-Hansen, 2008). Tal facto releva pela importância atribuída à perceção de que os adolescentes tendem a desvalorizar as ajudas profissionais preferindo apoiar-se nos pares e noutras fontes informais como a família e os professores, numa fase crítica da vida de formação da identidade e socialização, em que as perturbações mentais não tratadas são especialmente negativas, podendo comprometer o desenvolvimento psicossocial e educacional do adolescente (Rosa et al., 2014).

A subescala III engloba os itens que avaliam de forma global, as competências para prestar a primeira ajuda, integrando-se numa das componentes do conceito de LSM (Jorm, 2012): “first aid skills to support others affected by mental health problems”. A subescala aponta para a existência de duas dimensões que traduzem dois tipos de respostas de ajuda já anteriormente utilizadas em outros estudos (e.g. Kelly & Jorm, 2007): por um lado o encaminhamento ativo com envolvimento de adultos e ajuda profissional; por outro, o apoio social e encaminhamento passivo, traduzido num “apoio distante”, sem envolvimento efetivo na ajuda aos pares (Kelly, Jorm & Rodgers, 2005).

Estas dimensões são particularmente relevantes na avaliação da LSM.

Os estudos mostram que a maioria dos adolescentes sente insegurança e baixa confiança na sua capacidade de ajuda, limitando-se a apoiar e a fazer encaminhamento passivo, com baixa intenção de envolver adultos ou ajudas profissionais (Rosa et al., 2014).

Paradoxalmente estes resultados não encontram eco no estudo de avaliação das propriedades psicométricas do QuALiSMental (Loureiro, 2015) que identificou uma estrutura fatorial complexa, pouco interpretável e com valores de fiabilidade baixos.

A subescala IV compreende três dimensões relacionadas com as barreiras e facilitadores na procura de ajuda, constituindo-se como uma das componentes mais importantes do conceito. Vários estudos, utilizando diversos instrumentos e desenhos de investigação, têm analisado os fatores que podem dificultar ou promover a procura de ajuda em situações de doença mental. As dimensões resultantes da análise da subescala (estigma e preconceito; determinação e apoio social; confidencialidade) relacionam-se de forma clara com os resultados desses estudos: confidencialidade, estigma e preconceito (Gulliver et al., 2010; Hernan et al., 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008); determinação e apoio social (Gulliver et al., 2010).

Salienta-se que na versão inicial da escala, os itens destinados à avaliação das barreiras logísticas (e.g. acessibilidade, custos, disponibilidade) não discriminaram de forma a constituir um fator, tendo sido excluídos. Este dado poderá ser parcialmente justificado pelo facto de os participantes no estudo residirem predominantemente em zona urbana e suburbana, com proximidade e disponibilidade de diversos serviços de saúde gratuitos.

Por último a subescala V que avalia as crenças sobre a importância de manter comportamentos promotores de saúde/saúde mental, integra-se de forma clara na componente “public’s knowledge of how to prevent mental disorders” (Jorm, 2012).

Os fatores que emergiram da análise mostram que os adolescentes perspetivam a prevenção, quer pela manutenção e promoção das redes sociais de apoio e, quer ainda pela adoção de comportamentos saudáveis promotores de saúde física e mental e prevenção de comportamentos de risco, tais como evitar a utilização de álcool e de outras drogas, o que tende a associar-se com a intenção de pedir ajuda em saúde mental (Loureiro, 2015).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre as questões de saúde mental pode produzir um impacto positivo na redução do estigma, facilitar a procura de ajuda, e contribuir para o aumento do número de adolescentes com perturbação mental a receber tratamento no futuro.

A MentaHLiS – AA é um instrumento fiável e específico para avaliar a LSM em adolescentes, constituindo uma base que permite ao enfermeiro identificar e reconhecer a existência de problemas, mas também conceber e implementar programas específicos de educação e sensibilização para a saúde mental em contextos de proximidade que os possam minimizar ou eliminar. Estes programas, pela sua complexidade, exigem instrumentos adequados que permitam monitorizar o seu efeito. A MentaHLiS – AA é, neste sentido, um contributo importante, pois, para além de poder ser aplicada como medida de rastreio da literacia, permite também obter a informação necessária para delinear programas de intervenção inclusivos e adequados aos contextos e público-alvo, capazes de dar resposta a focos de Enfermagem, possibilitando a obtenção de indicadores de resultado positivos, e ainda, avaliar o impacto das intervenções de Enfermagem no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., Dreyfuss, J., Dlamini, I., & Costello, E. J. (2012). Predicting persistent alcohol problems: A prospective analysis from the Great Smoky Mountain Study. *Psychological Medicine*, 42(9), 1925-1935. doi: dx.doi.org/10.1017/S0033291711002790

- Faria, R., Vendrame, A., Silva, R., e Pinski, I. (2011). Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 441-447. Acedido em <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240191001.pdf>
- FeldmanHall, O., Mobbs, D., Evans, D., Hiscox, L., Navrady, L., & Dalgleish, T. (2012). What we say and what we do: The relationship between real and hypothetical moral choices. *Cognition*, 123(3), 434-441. doi: [dx.doi.org/10.1016/j.cognition.2012.02.001](https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.02.001)
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *Bio Med Central Psychiatry*, 10, 113. doi: [dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-113](https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113)
- Heckmann, W., e Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: Aspectos clínicos e diagnósticos. In A. G. Andrade, J. C. Anthony, & C. M. Silveira, *Álcool e suas consequências: Uma abordagem multiconceitual* (pp. 67-87). Barueri (SP): Minha Editora. Acedido em <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>
- Hernan, A., Philpot, B., Edmonds, A., & Reddy, P. (2010). Healthy minds for country youth: Help-seeking for depression among rural adolescents. *Australian Journal of Rural Health*, 18, 118-124. doi: [dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01136.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01136.x)
- Infantosi, A., Costa, C., e Almeida, R. (2014). Análise de correspondência: Bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 473-486. doi: [dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128513](https://doi.org/10.1590/0102-311X00128513)
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi: [dx.doi.org/10.1037/a0025957](https://doi.org/10.1037/a0025957)
- Kelly, C., Jorm, A., & Right A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. Acedido em https://www.mja.com.au/system/files/issues/187_07_011007/kel10278_fm.pdf
- Kelly, C., & Jorm, A. (2007) Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: Associations with psychopathology and psychosocial characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 150-156. doi: [dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00009.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00009.x)
- Kelly, M. K., Jorm, A. F., & Rodgers, B. (2005). Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 63-66. doi: [dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01744.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01744.x)
- Lee, F., Heimer, H., Giedd, J., Lein, E., Sestan, N., Weinberger, D., & Casey, B. (2014). Adolescence mental health, opportunity and obligation. *Science*, 346, 547-549. doi: [dx.doi.org/10.1126/science.1260497](https://doi.org/10.1126/science.1260497)
- Loureiro, L. (2015). Questionário de avaliação da literacia em saúde mental – QuALiSMental: Estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 79-88. doi: [dx.doi.org/10.12707/RIV14031](https://doi.org/10.12707/RIV14031)
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157-166. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIII-n6a15.pdf>
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., e Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: A survey about Portuguese youth. *Bio Med Central Psychiatry*, 13(129), 1-8. doi: [dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-129](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129)
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., e Gomes, S. (2014). Rótulos psiquiátricos “bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...”. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 40-46. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a07.pdf>
- Natividade, J. C., Aguirre, R. C., Bizarro, L., e Hutz, C. S. (2012). Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 1091-1100. doi: [dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600008](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600008)

Rosa, A., Loureiro, L., e Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77- 91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Scott, L., & Chur-Hansen, A. (2008). e mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362. doi: dx.doi.org/10.1080/10398560802027328

Wandekoken, K. D., Vicente, C. R., e Siqueira, M. M. (2011). Alcoolismo parental e fatores de risco associados. *Revista Eletrônica de Saúde Mental. Álcool e Drogas*, 7(3). Acedido em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n3/08.pdf>



20 LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

| Amorim Rosa¹; Luís Loureiro²; Carlos Sequeira³ |

RESUMO

CONTEXTO: O baixo nível de literacia em saúde mental (LSM) é determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda na adolescência, afetando o desenvolvimento e aumentando o risco de recorrência das perturbações psiquiátricas.

OBJETIVOS: Explorar os conhecimentos dos adolescentes sobre três problemas de saúde mental comuns, depressão, ansiedade e abuso de álcool, bem como a tipologia de ações e a importância atribuída à ajuda profissional

METODOLOGIA: Foram realizados três focus group com um total de 23 participantes, recrutados em três escolas secundárias públicas. As entrevistas foram transcritas e sujeitas a análise qualitativa de conteúdo com o programa Nvivo9.

RESULTADOS: Os adolescentes evidenciam dificuldades no reconhecimento das perturbações e recorrem frequentemente ao uso de rótulos inadequados; desvalorizam a ajuda profissional e mostram preferência pelas ajudas informais como os amigos e a família. Estes fatores, associados ao estigma, às preocupações de confidencialidade e de confiança nos profissionais de saúde constituem as maiores barreiras no acesso à ajuda profissional. Experiências prévias positivas e apoio social foram identificados como os principais facilitadores da procura de ajuda.

CONCLUSÕES: Os resultados mostram a necessidade de criar programas para promover a literacia em saúde mental, aumentando os conhecimentos sobre os próprios sintomas e a compreensão dos conceitos associados à saúde mental e minimizando os constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda.

PALAVRAS-CHAVE: Alfabetização; Saúde mental; adolescente

RESUMEN

“Alfabetización en salud mental en adolescentes: Un estudio exploratorio”

CONTEXTO: El bajo nivel de alfabetización en salud mental es crucial para la falta de conductas de búsqueda de ayuda en la adolescencia, afectando el desarrollo y aumentando el riesgo de recurrencia de los trastornos psiquiátricos.

OBJETIVOS: Explorar los conocimientos de los adolescentes sobre tres problemas comunes de salud mental, la depresión, la ansiedad y el abuso del alcohol, así como los tipos de acciones y la importancia dada a la ayuda profesional, centrándose en el reconocimiento de la enfermedad y conductas de búsqueda de ayuda.

METODOLOGÍA: Tres grupos de discusión (focus group) fueron realizados con un total de 23 participantes, seleccionados a partir de tres escuelas secundarias públicas. Las entrevistas fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido cualitativo con el programa Nvivo9.

RESULTADOS: Los adolescentes muestran dificultades en el reconocimiento de los trastornos y, a menudo, recurren a la utilización de etiquetas inadecuadas; devalúan la ayuda profesional; y muestran preferencia por la ayuda informal como amigos y familiares. Experiencias positivas anteriores y apoyo social fueron identificados como facilitadores clave de la búsqueda de ayuda.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran la necesidad de crear programas de promoción de la alfabetización en salud mental, mejorando los conocimientos acerca de los síntomas y la comprensión de los conceptos relacionados con la salud mental y reducir al mínimo las restricciones asociadas con el estigma y otras barreras en la búsqueda de ayuda.

DESCRIPTORES: Alfabetización; Salud mental; adolescente

ABSTRACT

“Mental health literacy in adolescents: An exploratory study”

BACKGROUND: The low level of Mental Health Literacy is crucial to the lack of help-seeking behaviors during adolescence, affecting the development and increasing the risk of recurrence of psychiatric disorders.

AIM: To explore adolescent's knowledge of three common mental health problems, depression, anxiety and alcohol misuse as well as the types of actions and importance given to professional help, focusing in recognition and help-seeking behaviors.

METHODS: We conduct three focus group with a total of 23 participants recruited from three public secondary schools. Interviews were transcribed and subjected to qualitative content analysis with the program Nvivo9.

RESULTS: Adolescents show difficulties to recognize mental disorders and often use inappropriate labels; devalue professional help and show preference for informal help as friends and family. These factors, plus the stigma, concerns of confidentiality and trust in health professionals are the major barriers to accessing professional help. Previous positive experiences and social support were identified as key facilitators of help-seeking.

CONCLUSIONS: Findings show the need to create programs to promote mental health literacy, increasing knowledge about the symptoms themselves and understanding of concepts related to mental health and minimizing the embarrassment associated with stigma and other barriers in seeking help.

KEYWORDS: Literacy; Mental health; adolescent

Submetido em 30-11-2013 – Aceite em 06-03-2014

1 MSc; Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, amorim@esenfc.pt

2 PhD; Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851 Coimbra, Portugal, lloureiro@esenfc.pt

3 PhD; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal, carlossequeira@esenfc.pt

Citação: Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 125-132.

INTRODUÇÃO

Os pilares da saúde mental fundam-se nos primeiros anos de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes sejam afetados por problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade (World Health Organization, 2000), e que destas, cerca de metade desenvolve uma perturbação psiquiátrica com reflexo na idade adulta, implicando diminuição da qualidade de vida e aumento do consumo de cuidados. Contudo, na maioria destas situações os adolescentes não recebem a ajuda adequada, ou recebem-na com muito atraso (Kelly, Jorm & Wright, 2007).

A ansiedade, a depressão, o risco de suicídio e outros comportamentos de risco constituem as problemáticas com prevalência mais significativa, começando também a tornar-se mais frequentes as patologias aditivas, requerendo novas formas de intervenção ao nível da avaliação e tratamento (Coordenação Nacional para a Saúde Mental/Administração Central do Sistema de Saúde, 2011). O atendimento de adolescentes com perturbações psiquiátricas apresenta características particulares. As questões relacionadas com o desenvolvimento têm um papel determinante nessa etapa do ciclo vital, onde experiências particularmente desestabilizadoras poderão determinar sofrimento psíquico e o surgimento de perturbações psiquiátricas cujo agudizar se deve, entre outros fatores, a estereótipos que conduzem à ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional (Loureiro, Mateus e Mendes, 2009).

Reconhecendo que a prevalência de problemas de saúde mental na adolescência é significativa e que as atitudes estigmatizantes fazem prevalecer uma visão preconceituosa das doenças e dos doentes fortemente enraizada cultural e socialmente (Loureiro et al., 2012); que as atitudes relativas a estes problemas são adquiridas precocemente desenvolvendo-se de forma gradual e consolidando-se na idade adulta (Wahl, 2002); e que a escola é um contexto privilegiado de acesso aos adolescentes, tem-se assistido nos últimos anos a uma preocupação crescente com a promoção da literacia em saúde mental enquanto pré-requisito para um reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008), através da educação e sensibilização para a saúde mental e do combate ao estigma. Jorm et al. (1997) introduziram o conceito de 'literacia em saúde mental' e definiram-no como conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção.

Os estudos têm demonstrado que os níveis de literacia em saúde mental são baixos, independentemente da população considerada.

As pessoas têm dificuldade em identificar corretamente as perturbações mentais, têm baixa compreensão dos fatores causais, crenças erradas sobre a efetividade do tratamento, são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros (Jorm, Wright & Morgan, 2007).

Este estudo tem como objetivo explorar os conhecimentos dos adolescentes relativamente a três problemas de saúde mental, depressão, ansiedade e abuso de álcool, bem como compreender a tipologia de ações e a importância atribuída à ajuda profissional, centrando-se nas componentes do reconhecimento da doença e comportamentos de procura de ajuda.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa.

Foi utilizado o focus group como método de recolha de informação, por ser particularmente adequada quando se pretende aprofundar informação sobre um conceito, um problema ou experiências (Krueger & Casey, 2009), mas também para explorar as perceções e vivências de cada um dos participantes.

O focus group privilegia a observação e o registo de experiências e reações dos indivíduos participantes, que não seriam possíveis de captar por outros métodos (Galego e Gomes, 2005). Para além disso, permite criar espaço para a dinâmica de grupo, possibilitando que os participantes se expressem numa discussão flexível, usando as suas próprias palavras e de acordo com as suas prioridades.

Sendo este um estudo preliminar de um estudo mas amplo de construção e validação de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental em adolescentes, recorreu-se ao método de focus group, na medida em que pode ser utilizado como técnica de pesquisa exploratória para o levantamento de dados preliminares sobre determinado objeto de pesquisa, sendo um instrumento fundamental na criação de questionários, permitindo que, através dos investigadores, se possam ouvir o que as pessoas têm a dizer acerca da área a investigar (Galego e Gomes, 2005).

Participantes

O estudo integra-se num projeto mais abrangente de educação e sensibilização para a saúde mental: um programa de intervenção escolar para adolescentes e jovens, projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e autorizado pela Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação do Governo Português. Foi solicitado o consentimento prévio aos encarregados de educação e aos participantes, antes do início de cada sessão.

Neste estudo participaram 23 adolescentes, estudantes do ensino secundário público em três escolas da região centro, com frequência do 7º ao 12º ano. As idades variaram entre 12 e 17 anos ($M= 14.91$ e $DP= 1.73$), sendo 16 (69.6%) do género feminino e 7 (30.4%) do género masculino. Todos os participantes eram solteiros e de nacionalidade portuguesa.

Os pais tinham habilitações literárias compreendidas entre o 1º ciclo e o mestrado, tendo a grande maioria habilitações entre o 2º ciclo e o ensino secundário. Relativamente à situação profissional, 78.3% dos pais e 78.3% das mães encontravam-se empregados.

Procedimento

Foram realizados três focus group em escolas secundárias sendo uma situada em zona urbana, outra em zona rural e uma terceira em zona suburbana. Esta opção metodológica justifica-se pelo facto de existir evidência científica de que fatores como o estigma assumem um papel fundamental na ausência de comportamentos de procura de ajuda, sobretudo em populações rurais (Scott & Chur-Hansen, 2008).

As sessões tiveram uma duração de 70 minutos e decorreram durante os meses de Maio e Junho de 2013, em espaço e tempo cedidos para o efeito pelos diretores das escolas. No início de cada sessão os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os limites de confidencialidade, e o direito de, em qualquer momento, poderem retirar-se. De seguida assinaram um termo de consentimento e preencheram um questionário demográfico de caracterização. Foi ainda solicitada autorização para audigravar as sessões.

As entrevistas foram orientadas por um guião estruturado, elaborado a partir da revisão da literatura atual, contendo os temas chave a serem explorados, sendo projetado para melhorar a interação do grupo. A sequência dos temas foi ordenada, primeiramente por questões gerais e, em seguida, por questões específicas, permitindo que os elementos essenciais surgissem de forma natural (Borges e Santos, 2005).

Foram formuladas quatro questões gerais relacionadas com a literacia em saúde mental nas componentes do reconhecimento da doença mental, comportamentos de procura de ajuda, incluindo barreiras e facilitadores:

- Que pensamentos, palavras ou imagens associam à doença mental?

- Se estiverem preocupados com o facto de terem um problema de saúde mental, quem procurarão para falar sobre isso?

- Que fatores consideram importantes para vos levar a procurar ajuda profissional?

- Quais os fatores que consideram poder constituir impedimento para procurar ajuda profissional?

As questões específicas integravam um conjunto de pistas que, pelo seu pormenor, permitiam aprofundar as questões ou melhorar a sua explanação.

Para explorar a dimensão 'reconhecimento da doença mental', para além do guião, foram utilizadas vinhetas clínicas retratando três problemas de saúde mental: depressão, ansiedade e abuso de álcool.

A primeira questão era introdutória sendo projetada para envolver os participantes no tema. As restantes três questões eram as fundamentais visando explorar as componentes da literacia em saúde mental em estudo. As sessões foram moderadas pelo investigador principal.

As entrevistas foram transcritas e sujeitas a análise qualitativa de conteúdo com o programa Nvivo9.

O método de análise, centrado em procedimentos fechados, incluiu categorias pré definidas anteriormente à análise propriamente dita, associadas ao quadro empírico a partir do qual se formularam as questões da entrevista.

Os resultados qualitativos são apresentados como resumos descritivos no âmbito das componentes do estudo: reconhecimento, comportamentos de procura de ajuda (incluindo barreiras e facilitadores).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida apresentaremos os resultados considerando o sistema de categorias emergente das narrativas dos participantes.

Serão analisadas as categorias de primeira e segunda geração.

Reconhecimento da doença mental

Os enunciados dos participantes na análise às três vinhetas apresentadas (depressão, ansiedade, abuso de álcool) traduzem o recurso ao uso de rótulos adequados como por exemplo 'tem uma depressão', 'sofre de ansiedade'; 'tem problemas com álcool', mas também a utilização inadequada de rótulos como 'estado de espírito passageiro', 'esgotamento', 'vício' e 'stress' que, pela sua conotação, são inibidores dos comportamentos de procura de ajuda.

Ao longo do discurso dos participantes vão surgindo enunciados relativos a outros problemas de saúde mental como 'esquizofrenia', 'baixa autoestima', 'distúrbio alimentar'; relativos a características de personalidade e problemas comportamentais (e.g. 'falta de confiança', 'problemas de adaptação', 'bullying'); e ainda a outros problemas de saúde tais como 'cancro' e 'doença do sistema nervoso', que são considerados pelos adolescentes como perturbações mentais ou erroneamente identificados nas vinhetas apresentadas. Esta diversidade de respostas representa uma lacuna importante, colocando ênfase na falta de conhecimentos relativamente a estas questões.

Comportamentos de Procura de Ajuda

Na dimensão 'comportamentos de procura de ajuda' foram exploradas três categorias: 'recursos e opções de ajuda', 'barreiras' e 'facilitadores'.

Recursos e opções de ajuda.

A primeira categoria integra as opções dos adolescentes em termos de procura de ajuda e a identificação dos recursos disponíveis. Os adolescentes identificam sete subcategorias sendo a sua maioria referidas de forma transversal na literatura: amigos, familiares próximos, especialistas, médico de família, professores, grupos de autoajuda, bruxa.

Destas, duas foram repetidamente retratadas dentro de uma estrutura hierárquica evidenciando uma clara preferência dos adolescentes pelas ajudas informais, traduzida numa maior intenção de procurar ajuda na família e nos amigos do que em fontes formais (ajuda profissional), tal como ilustram as seguintes expressões: "Na nossa geração, as primeiras pessoas a quem se vai recorrer é aos amigos mais próximos e depois à família"; "Podemos procurar ajuda junto de alguém que já tenha passado pela mesma situação, por exemplo, grupos de autoajuda".

As ajudas formais são também consideradas úteis como podemos verificar através da verbalização de uma participante: "Primeiro procuraria um psicólogo e depois, se fosse caso disso, um psiquiatra (...) os enfermeiros especializados também poderiam ajudar". Contudo, o reduzido número de referências em cada uma das subcategorias mostra uma baixa intenção de procurar ajuda de especialistas. Outra participante refere: "Inicialmente falaria com os pais ou os amigos e através dos conselhos deles, procuraria uma ajuda mais específica, como por exemplo um psicólogo". Esta narrativa demonstra uma preferência inicial por fontes de ajuda informais mas reconhece também a importância de, em sequência, procurar ajuda profissional. Em ambas as situações anteriores os participantes considerem ser menos útil consultar o médico do que outros profissionais de saúde.

Ao longo do discurso verbalizado pelos participantes, surgem enunciados relativos a outros tipos de opções de ajuda. Refere um participante: "Podemos procurar alguém que nos vá ouvir e compreender, mesmo sem ser técnico (...) alguém que não nos vá julgar". Outro participante residente em zona rural refere: "Há pessoas que poderão ir à bruxa ou à cartomante (...) há pessoas que têm crenças e acreditam que isso resolve". Estes dois exemplos enfatizam a falta de conhecimento e compreensão das perturbações com desvalorização da importância da ajuda profissional, bem como a existência de crenças que são inibidoras dos comportamentos de procura de ajuda profissional.

Barreiras

Neste estudo o estigma e alguns fatores associados às características do profissional de saúde surgem ao longo das narrativas como as barreira mais importantes na procura de ajuda profissional para problemas de saúde mental. As percepções estigmatizantes estão presentes de forma transversal embora sejam mais evidentes no discurso dos participantes residentes em zona rural. Os dois excertos seguintes são um exemplo. Diz uma participante: "Se precisasse e tivesse que procurar ajuda, teria algum receio do que os outros poderão pensar (...) na sociedade onde estamos inseridos, se eu chegar hoje à escola e disser que tenho um problema mental, vou ser considerada como louca". Outra participante elabora e antecipa a reação estigmatizante dos amigos: "Eu teria medo da reação dos meus amigos, do seu afastamento, de falarem mal de nós por sermos diferentes", e acrescenta: "também teria receio de encontrar alguém conhecido que vá divulgar (...) preferia que ninguém soubesse".

Embora de forma menos vivenciada, os adolescentes residentes em zona urbana também fazem referência ao estigma como podemos verificar pela narrativa de uma participante: “Os estereótipos e preconceito que acabam por estar associados às doenças mentais podem dificultar a procura de ajuda (...) por essa razão, muitas vezes, numa fase inicial, a pessoa pode querer lidar com a situação e resolvê-la sozinha”.

As barreiras relacionadas com o estigma verificam-se sobretudo aquando da procura de ajuda profissional e, na sua maioria, são preocupações com o que os outros poderão pensar, incluindo a própria fonte de ajuda. Fatores associados às características do profissional de saúde como ‘preocupações de confidencialidade’, ‘confiança’, ‘personalidade’, ‘profissionalismo’ entre outros, impregnam as narrativas dos participantes, independentemente da sua origem. Os dois excertos seguintes permitem-nos perceber algumas das suas preocupações. Diz um participante: “O profissional de saúde com quem vamos falar pode, por exemplo, ser antipático, fazer juízos de valor sobre o nosso problema ou divulgá-lo a outras pessoas (...)”, “Gostava que fosse alguém em quem eu pudesse confiar, que conseguisse criar afinidade, fosse compreensivo mas que também fosse ao mesmo tempo direto, uma pessoa aberta mas direta, que dissesse o que está a acontecer”.

Facilitadores.

Nesta categoria analisamos os fatores que os adolescentes consideram como facilitadores da procurar ajuda. São identificadas quatro subcategorias: ‘acompanhamento’, ‘apoio social’, ‘consciência e aceitação do problema’, ‘experiência prévia positiva’.

Os participantes consideram o ‘acompanhamento’ e a ‘experiência prévia positiva’ como os dois principais facilitadores, no sentido em que são mais vezes referenciados.

A este propósito diz-nos um participante: “As pessoas não querem ajuda porque têm vergonha mas gostam que alguém os acompanhe (...) eu gostava de ser acompanhado por amigos mais próximos ou familiares, a pessoa sente-se bem ao pé dessas pessoas”.

Outro participante elabora e enfatiza a preferência pelo acompanhamento dos pares em detrimento de outras pessoas, como por exemplo os pais.

Diz-nos: “Na adolescência os pais não nos compreendem, dizem que é uma fase (...) preferia ir com um amigo da minha idade. Nós também achamos que os pais não estão do nosso lado”.

A ‘experiência prévia positiva’ emerge enquanto facilitador em duas vertentes: a vivência própria e o conhecimento de outras pessoas.

Uma participante refere: “se eu tivesse um problema de saúde mental e precisasse de ajuda, inicialmente gostaria de falar com alguém que tenha tido uma boa experiência”. Outros participantes reforçam a ideia e acrescentam os aspetos da motivação que advém do conhecimento de situações e experiências positivas: “Se eu visse que uma pessoa que passou pelo que eu estou a passar, conseguiu ultrapassar e hoje estava bem estava feliz (...) então era sinal que eu também iria conseguir e dar-me-ia força para ir (...) é a prova de que é possível”. Outra participante acrescenta: “Às vezes associamos as doenças mentais a coisas más e dolorosas mas se tivermos uma pessoa que passou por isso e conseguiu superar, vai sempre motivar, se os outros conseguiram nós também vamos conseguir”.

Uma participante com antecedentes de problemas de saúde mental diz-nos: “Eu já tive que ir à psicóloga porque não andava bem. A primeira vez não queria ir, foi a minha mãe que me obrigou (...) mas depois até gostei de falar com ela. Agora não custa nada ir e falar dos meus problemas”. Nesta narrativa é a própria vivência que se constitui como fator facilitador.

Do discurso verbalizado pelos participantes emergem enunciados relativos a outros facilitadores como o ‘apoio social’ e a ‘consciência e aceitação do problema’. Os dois excertos seguintes traduzem-no de forma clara. Refere uma participante: “Gostava de me sentir apoiado pelos meus amigos, pelo menos aqueles em quem mais confio”, e acrescenta: “(...) é também importante ter o apoio dos pais e até dos professores”. Outra participante, contrapondo e realçando a importância da aceitação do problema refere: “Eu acho que se não houver uma aceitação própria da nossa parte e dizer ‘eu não estou bem’, é muito difícil mesmo com o apoio do pai ou da mãe ou dos amigos”.

Diz-nos ainda outra participante: “Eu posso achar que numa fase inicial, sozinha vou conseguir lidar e resolver a situação. Mais tarde irei perceber que não vou conseguir porque é totalmente impossível a uma pessoa que está com distúrbios psicológicos lidar com uma situação deste calibre sozinha. Então aí vou ter que interiorizar que tenho que procurar ajuda”.

Este excerto introduz uma variável fundamental na facilitação dos comportamentos de procura de ajuda, a consciência da gravidade do problema e não só da sua existência.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida serão discutidos os resultados mais proeminentes colocando-os no contexto de revisões e estudos prévios relacionados.

Dos resultados do estudo sobressai a dificuldade dos adolescentes para reconhecer as perturbações mentais bem como para identificar os seus sintomas chave, traduzindo-se pelo recurso frequente ao uso de rótulos inadequados, que pela sua conotação, são inibidores dos comportamentos de procura de ajuda profissional. Este dado é sustentado por Wright, Jorm, Harris & McGorry (2007) que nos referem que o reconhecimento e o uso de rótulos adequados é o preditor mais frequentemente associado com a procura de ajuda e tratamento pelos adolescentes.

Estudos recentes (Leighton, 2009; Olsson & Kennedy, 2010) têm centrado a sua atenção sobre se os adolescentes têm o conhecimento suficiente para identificar corretamente a doença mental em si próprios ou nos seus pares. As conclusões destes estudos mostram que o nível de reconhecimento das doenças mentais e dos seus sintomas é baixo. Para além disso, o uso inadequado de rótulos, além de traduzir a dificuldade de reconhecimento das perturbações, pode estar relacionado com o estigma e ser um dos fatores associados com a recusa na procura de ajuda (Rose, Thornicroft, Pinfold & Kassam, 2007). Vários estudos sobre comportamentos de procura de ajuda identificam dois tipos de fontes de ajuda utilizadas, as formais (profissionais) e as informais, como por exemplo os amigos e a família (Rosa, Loureiro e Sousa, 2014).

Os adolescentes a experienciar problemas de saúde mental deveriam aceder a profissionais e serviços preparados para dar respostas ajustadas e eficazes. Porém, a realidade é outra.

Como se verifica neste estudo, os adolescentes desvalorizam as ajudas profissionais e mostram maior intenção de procurar ajuda junto do grupo de pares e noutras fontes informais como a família, os professores e os grupos de autoajuda. Estes resultados relacionam-se de forma consistente com as conclusões de estudos anteriores que revelam que as fontes de ajuda informais são preferidas às fontes formais em todas as idades, e em ambos os géneros (Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006).

Outro dado relevante e que reforça as conclusões do estudo de Jorm et al. (2007) resulta da desvalorização do papel do médico relativamente a outros profissionais de saúde, ainda que todos sejam considerados úteis.

Estudos realizados com populações de adolescentes identificam dois tipos de barreiras na procura de ajuda: as logísticas e as pessoais (Rosa et al., 2014). Neste estudo, as barreiras pessoais como o estigma e as preocupações sobre os profissionais de saúde, associadas aos constrangimentos de confidencialidade e à confiança, surgem como as principais barreiras na procura de ajuda para problemas de saúde mental.

O estigma assume-se como uma barreira importante sobretudo em populações rurais. Este resultado é consistente com as conclusões de outros estudos anteriores, de que o estigma é um fator determinante e contribui para a relutância de muitos adolescentes em procurar ajuda (Rose et al., 2007), afetando mais a busca de ajuda em populações rurais do que urbanas (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Uma grande preocupação para muitos dos participantes é a confiança no profissional de saúde e a confidencialidade da informação. Esta preocupação foi identificada em estudos anteriores que concluíram que os adolescentes apresentam maior intenção de procurar ajuda em fontes confiáveis (Rickwood, Dean & Wilson, 2007) e confidenciais (Scott & Chur-Hansen, 2008).

As preocupações com a confidencialidade e confiança podem também estar relacionadas com o estigma. Neste caso, o medo da violação de sigilo decorre da vergonha de que a família e os amigos descubram que o adolescente procurou ajuda (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

O estudo explorou também os facilitadores percebidos na procura de ajuda.

Os participantes consideram o 'acompanhamento' e a 'experiência prévia positiva' como os dois principais facilitadores. Este resultado reforça as conclusões de outros estudos prévios. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Gulliver et al. (2010), três estudos examinam os facilitadores e todos mencionam as experiências prévias positivas, sendo também o tema para o qual foi relatado o maior número de facilitadores individuais.

O acompanhamento é um fator facilitador que assume uma grande importância no nosso estudo apesar de não ser referido de forma isolada em estudos prévios. Podemos no entanto entendê-lo como parte integrante do apoio social.

Esta variável, que também emergiu no nosso estudo, é referenciada de forma reiterada na literatura, em estudos como o de Sheffield, Fiorenza & Sofronoff (2004) ou o de Gulliver et al. (2010).

CONCLUSÕES

Este estudo permite concluir que os adolescentes demonstram dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família.

Os resultados da análise revelam que os adolescentes comungam de uma visão que assenta tanto no saber médico da doença como no saber popular, onde o recurso a rótulos inadequados é frequente, traduzindo um desconhecimento efetivo da doença e das suas implicações.

Para além das dificuldades de reconhecimento, fatores como o estigma, a falta de confiança nos profissionais de saúde e os constrangimentos de confidencialidade, constituem barreiras no acesso à ajuda profissional. Pelo contrário, há também alguma evidência de que o apoio social e as experiências prévias positivas, enquanto fator promotor da literacia em saúde mental, podem reduzir o estigma, sendo facilitadores da procura de ajuda neste grupo etário.

Assim, como implicações, surge a necessidade de criar programas para promover a literacia em saúde mental, por um lado, aumentando os conhecimentos sobre os próprios sintomas e a compreensão dos conceitos associados à saúde mental, por outro, minimizando os constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. No entanto, barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda. É necessária investigação mais avançada sobre estes fatores e como eles operam em cada nível do processo de procura de ajuda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borges, C. & Santos, M. (2005). Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 6(1), 74-80.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental/Administração Central do Sistema de Saúde (2011). Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência. Acedido em <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/01/Documento-técnico-de-suporte-à-Rede.pdf>.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796.
- Galego, C. & Gomes, A. (2005). Emancipação, rutura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *Bio Med Central Psychiatry*, 10, 113.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A., Wright, A., & Morgan, A. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia*, 187, 556-560.
- Kelly, C., Jorm, A., & Right, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.
- Leighton, S. (2009). Adolescents’ understanding of mental health problems: conceptual confusion. *Journal of Public Mental Health*, 8(2), 4-14.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157-166.
- Loureiro, L., Mateus, S., & Mendes, M. (2009). Literacia em saúde mental: conceitos e estratégias para a promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(10), 115.
- Olsson, D. P. & Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Interventions in Psychiatry*, 4, 291-298.
- Rickwood, D., Deane, F., & Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(Suppl. 7), 35-39.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77-91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatize people with mental illness. *Bio Med Central Health Services Research*, 7, 97.

Scott, L. & Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362.

Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescent's willingness to seek psychological help: promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 495-507.

Wahl, O. (2002). Children's views of mental illness: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 134-158.

World Health Organization (2000). *World health report*. Geneva: World Health Organization.

Wright, A., Jorm, A., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 244-250.



CAPÍTULO V

**RECONHECIMENTO E PROCURA DE AJUDA
EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO DOS ESTUDOS
REALIZADOS EM AMOSTRAS DE ADOLESCENTES**

AMORIM GABRIEL DOS SANTOS ROSA
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
CATARINA SOFIA FERREIRA SOUSA

Introdução

O termo *doença mental* ou perturbação mental engloba um amplo espectro de condições que afetam a mente com diversos níveis de intensidade, caracterizando-se pela presença de síndromes específicos que, sem intervenção, tendem a seguir um curso previsível. As perturbações mentais surgem frequentemente durante a adolescência, no entanto, nas situações mais frequentes (depressão, ansiedade, perturbações aditivas), a maioria dos adolescentes não recebe a ajuda adequada, enquanto para os transtornos psicóticos mais graves, a ajuda é recebida com muito atraso (Kelly, Jorm, & Wright, 2007). A doença mental tem um impacto devastador sobre os adolescentes e jovens, sobre as suas famílias e o meio social. O estigma, a falta de um diagnóstico correto e opções de tratamento inapropriadas ou insuficientes constituem uma combinação desastrosa que, com frequência, resulta no envolvimento em comportamentos criminais e outros comportamentos de risco como o uso de substâncias (Wacker, 2009), podendo comprometer não só o desenvolvimento psicossocial e a saúde atual e futura do indivíduo, mas também hipotecar todo o curso da sua vida (Ferreira & Torgal, 2011).

O baixo nível de Literacia em Saúde Mental (LSM) é um fator determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda. O conceito de LSM apresentado por Anthony Jorm e os seus colaboradores em 1997, definido como o conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção, tem vindo a evoluir ao nível das suas componentes. Atualmente inclui: a) conhecimento de como prevenir as perturbações mentais; b) reconhecimento do despoletar da doença; c) conhecimento das opções de ajuda e tratamentos disponíveis;

d) conhecimento de estratégias de auto-ajuda para os problemas menos graves; e) competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental (Jorm, 2011).

Os estudos têm demonstrado que os níveis de LSM são baixos independentemente da população considerada (Chen, Parker, Kua, Jorm, & Loh, 2000). As pessoas têm dificuldade em identificar corretamente as perturbações mentais; têm baixa compreensão dos fatores causais; crenças erradas sobre a efetividade do tratamento; são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros (Jorm, 2000; Jorm, Right, & Morgan, 2007). Desta forma, a promoção da LSM é um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Por outro lado, a adolescência, período crítico de adaptação à realidade, caracteriza-se por transições, definições e experiências particularmente desestabilizadoras que poderão determinar sofrimento psíquico e o surgimento de perturbações psiquiátricas cujo agudizar se deve, entre outros fatores, a reduzidos índices de LSM e a estereótipos que conduzem à ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional (Loureiro, Mateus, & Mendes, 2009).

Este estudo de revisão tem como objetivo sistematizar o conhecimento atual sobre LSM de adolescentes, centrando-se nas componentes do reconhecimento da doença e procura de ajuda, incidindo nas perturbações mais comuns: depressão, ansiedade e perturbações aditivas.

Métodos

Partindo da questão de investigação formulada "Qual o nível de LSM dos adolescentes nas componentes do reconhecimento da doença e comportamentos de procura de ajuda?", definimos o protocolo de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, os descritores e os parâmetros imprescindíveis para a seleção de estudos.

As pesquisas foram efetuadas durante o mês de Janeiro de 2012 utilizando os recursos: *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*; *MEDLINE*; (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); *B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online)*; e *RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)*. Utilizou-se como complemento a consulta da bibliografia dos artigos incluídos na revisão. Utilizámos os descritores *Mental Health Literacy*, *Adolescent* e os equivalentes em português.

A seleção dos artigos seguiu 6 critérios de inclusão: (1) artigos científicos relacionados com a LSM nas componentes do reconhecimento da doença e/ou procura e oferta de ajuda e/ou recursos de ajuda disponíveis e/ou barreiras na procura de ajuda; (2) amostras/populações de adolescentes (incluíram-se os artigos com especificação da faixa etária '11-18 anos';

média de idades inferior a 16 anos; na ausência dos critérios anteriores, as amostras eram especificamente designadas como *adolescentes*); (3) estudos focalizados nas perturbações da ansiedade, depressão e perturbações aditivas; (4) publicações em português e inglês; (5) estudos publicados no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2011; (6) disponíveis on-line em texto integral. Foram excluídos os artigos que não cumpriam os critérios de inclusão.

A Figura 1 representa o diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo. Dos 286 artigos resultantes da pesquisa combinada, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtivemos 11 artigos relevantes que analisaremos de seguida.

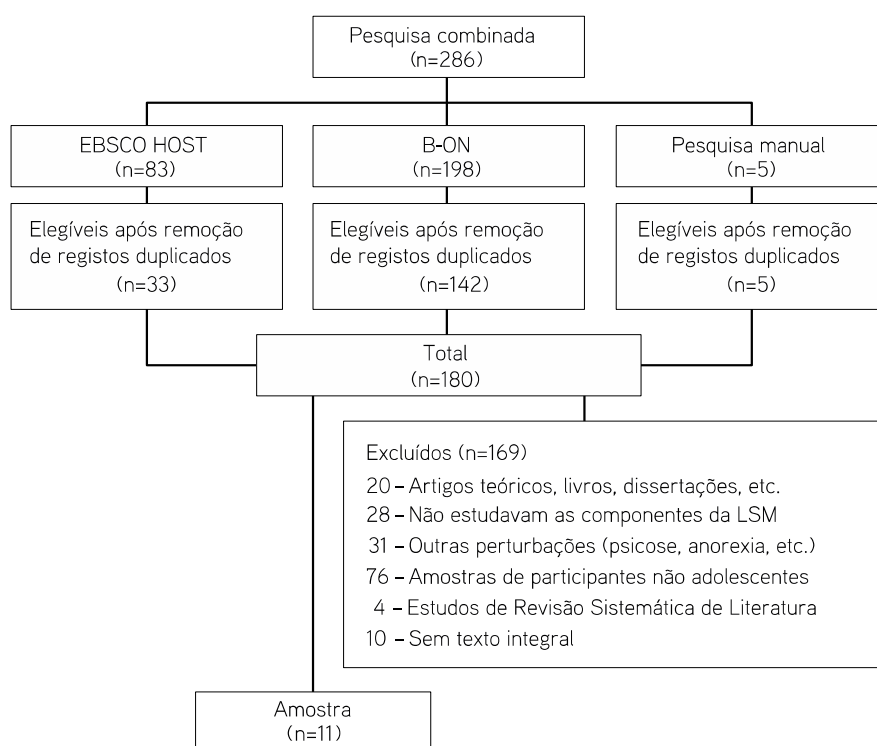


Figura 1. Diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo

Resultados

Os 11 estudos incluídos (Tabelas 1 e 2) foram codificados de acordo com os seguintes parâmetros: nome do autor; ano de publicação; país (local de estudo); idade dos participantes (faixa etária ou média); tamanho da amostra; género (masculino, feminino, ambos); perfil de risco (estado de saúde mental; configuração (e.g. escola, comunidade, nível socioeconómico); tipo de pesquisa (qualitativa, quantitativa); componentes da LSM estudados; e metodologia.

Tabela 1 - Codificação dos estudos (n=11) incluídos na revisão

Autor	Loc.	Idade	N	Componentes/Variáveis	Perfil risco	Config.	Tipo	Metodologia
Swords, Hennessy e Heary (2011)	Irlanda	12-16	393	Procura de ajuda; Perceção de necessidade de ajuda; recursos sugeridos; Capacidade para distinguir vinhetas com e sem sintomas.	Saudável	Escolas secundárias públicas 1º e 2º Nível	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; ausência de sintomatologia. Amostra estratificada Resultados em função da idade
Olsson e Kennedy (2010)	USA	14 anos	281 131-M 150-F	Reconhecimento; procura de ajuda. Identificação da situação; qual a melhor ajuda; como reagiriam se tivessem um colega de turma com o problema apresentado; em que situações recomendariam aconselhamento escolar	Saudável	Escolas secund. Públicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; ansiedade (fobia social); situações de respostas normais ou típicas a eventos stressantes na vida de um adolescente.
Hernan et al. (2010)	Austrália	14-16	74 33-M 41-F	Reconhecimento; procura de ajuda Capacidade para reconhecer a depressão; barreiras na procura de ajuda profissional; potenciais fontes de ajuda	Saudável	Escolas secund. Públicas. Meio rural	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão. Reconhecimento da situação; utilidade de cada uma das diferentes fontes de ajuda; barreiras na procura de ajuda profissional.
Leighton (2009)	UK	12-15 8º,9º 10º Ano	208 96-M 104-F 8-Des.	Reconhecimento Confusão conceptual que possa pôr em causa o reconhecimento das situações e a procura de ajuda.	Saudável	Escolas secund. Públicas. Classe social mista	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Psicose Respostas emocionais relacionadas com perda
Scott e Chur-Hansen (2008)	Austrália	Adol. 10º Ano	9 2-M 7-F	Reconhecimento; comportamentos de procura e aceitação de ajuda. Uso do SMS; Subcultura EMO	Saudável	Escola secund. pública Meio rural	Qualitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Esquizofrenia. Entrevistas semi-estruturadas. Análise de conteúdo
Kelly e Jorm (2007)	Austrália	12-17	1123 51%-M 49%-F	Intenção de oferecer ajuda aos pares a experienciar problemas de saúde mental Associação com presença de sintomas e características psicossociais	Saudável	Escolas secund. públicas, católicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Problemas de comportamento

Tabela 2 - Codificação dos estudos (n=11) incluídos na revisão (continuação)

Autor	Loc.	Idade	N	Componentes/Variáveis	Perfil risco	Config.	Tipo	Metodologia
Burns e Rapee (2006)	Austrália	15-17	202 122-M 80-F	Reconhecimento; procura de ajuda: Depressão e estados emocionais negativos. Nível de preocupação em cada situação; pistas que sugerem dificuldades emocionais; tempo de recuperação necessário e quem está em melhores condições de ajudar	Saudável	Escolas privadas Classe média-alta Anglo-saxónicos	Quantitativo	Vinhetas clínicas. Foi utilizado um questionário desenvolvido propositadamente para este estudo (<i>Friend in Need Questionnaire</i>)
Zachrisson, Rødje e Mykletun (2006)	Noruega	15-16 10º Ano	11154	Procura de ajuda em situações de ansiedade e depressão. Relação com a intensidade da presença de sintomas. Associação entre os problemas de saúde mental e a procura de diferentes tipos de serviços de saúde.	Presença de sintomas de depressão e ansiedade (últimos 12 meses)	Escolas secundárias	Quantitativo	Avaliação do estado mental (ansiedade, depressão) - <i>Hopkins Symptom Check List (HSCL-10)</i> . Os comportamentos de procura de ajuda e o uso dos diferentes serviços de saúde foram avaliados por resposta a uma lista de opções com resposta dicotómica, "sim" ou "não"
Essau (2005)	Alemanha	12-17	1035	Procura de ajuda: Avaliação da frequência e padrões de utilização dos serviços de saúde mental e dos fatores associados ao seu uso	Antecedentes de depressão/ansiedade	Escolas secundárias	Qualitativo	A avaliação da presença de depressão ou ansiedade e as outras variáveis foi realizada usando a <i>Computer-Assisted Personal Interview (CAPI)</i> . Amostra aleatória
Kelly, Jorm e Rodgers (2005)	Austrália	Adol. 8º,9º 10º Ano	1137 51%-M 49%-F	Capacidade para dar respostas de ajuda aos pares	Saudável	Escolas secund. públicas e privadas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; alterações de comportamento
Sheffield, Fiorenza e Sofronoff (2004)	Austrália	15-17	254 124-M 130-F	Procura de ajuda. Vontade e iniciativa para procurar ajuda adequada e fatores que a influenciam; diferenciação dos comportamentos em função da presença de perturbação mental ou problemas emocionais, pessoais e comportamentais.	Saudável	Escolas secundárias públicas Classe média-alta	Quantitativo	Questionário. Verificação da relação entre variáveis demográficas e psicológicas, atitudes para com a doença mental e vontade e iniciativa para procurar ajuda.

Reconhecimento das perturbações mentais comuns

Seis estudos analisam fatores relacionados com a capacidade de reconhecimento.

Uma meta-análise temática dos seis artigos foi conduzida através da recolha e codificação dos dados em cinco categorias (classificação, diferenciação, experiência, compreensão e género), a partir da terminologia utilizada na literatura analisada.

Na categoria *classificação*, analisamos a capacidade para classificar as perturbações mentais. Verifica-se uma capacidade mista por parte dos adolescentes para reconhecer e classificar as perturbações mentais comuns e identificar os seus sintomas chave. Relativamente à depressão, há estudos em que os resultados foram bons: 89% (Scott & Chur-Hansen, 2008); 73% (Hernan, Philpot, Edmunds, & Reddy, 2010) e outros em que foram modestos: 33,8% (Burns & Rapee, 2006); 42,4% (Olsson & Kennedy, 2010); 44,7% (Leighton, 2009). De um modo geral, a depressão é mais facilmente identificada na presença de sintomas graves e preocupantes como ideação suicida (Burns & Rapee, 2006).

Apenas dois estudos estudaram a ansiedade (Leighton, 2009; Olsson & Kennedy, 2010). Em ambos, os níveis de reconhecimento são baixos (inferiores a 30%). Nenhum dos estudos incidiu sobre as perturbações por consumo de substâncias.

Na categoria *diferenciação*, avaliou-se a capacidade para diferenciar as perturbações (depressão e ansiedade) de estados emocionais negativos e respostas normais a eventos stressantes. Dois estudos analisaram esta variável verificando-se que mesmo com baixa capacidade de reconhecimento, de um modo geral, os adolescentes foram capazes de diferenciar entre depressão e outros estados emocionais negativos como tristeza e luto, em termos de severidade e expectativa de recuperação (Burns & Rapee, 2006), bem como entre ansiedade, depressão e outras respostas a eventos stressantes. Só cerca de 6% dos adolescentes consideraram as respostas a eventos stressantes como *doença mental* ou *problemas de saúde mental* (Olsson & Kennedy, 2010).

Na categoria *experiência*, avalia-se o efeito do contacto com pessoas com perturbação mental e a experiência prévia de doença, na capacidade de reconhecimento. Os dois estudos que analisam estas variáveis apresentam resultados de algum modo contraditórios. No estudo de Scott e Chur-Hansen (2008) verificou-se que a experiência prévia com situações de doença mental melhora a capacidade de reconhecimento das perturbações. Contudo, no estudo realizado por Zachrisson, Rödje e Mykletun (2006) que utilizou uma amostra de adolescentes com antecedentes de perturbação mental, verificou-se que estes têm uma capacidade limitada para reconhecer a sua angústia como ansiedade ou depressão.

Relativamente à categoria *compreensão*, explora-se a capacidade de compreender os diversos conceitos associados à saúde e doença mental e a possível *confusão conceptual* como fator inibidor da capacidade de reconhecimento das perturbações. Um estudo

explora esta questão concluindo que existe uma escassa clareza semântica e conceptual sobre o que se entende por saúde mental; problemas de saúde mental; perturbação mental e doença mental o que põe em causa o reconhecimento adequado, promovendo a discussão sobre as falhas que por essa razão poderão existir, na procura de ajuda e suporte adequados (Leighton, 2009).

Na categoria *género*, avalia-se a capacidade de reconhecimento das perturbações mentais em função do género. Quatro estudos analisam esta variável (Burns & Rapee, 2006; Hernan et al., 2010; Leighton, 2009; Scott & Chur-Hansen, 2008). Em todos se verificou que os melhores níveis de reconhecimento estão associados de forma significativa ao género feminino, ainda que em alguns essa diferença seja mais significativa que noutros.

Comportamentos de procura de ajuda

Os estudos mostram uma clara preferência dos adolescentes pelas ajudas informais, evidenciando maior intenção de procurar ajuda na família e nos amigos do que em fontes formais (médico, psiquiatra, psicólogo), tanto para as perturbações específicas como para problemas emocionais, pessoais e comportamentais (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004); a importância da família e dos amigos como suporte social (Scott & Chur-Hansen, 2008) ou como principal resposta de ajuda a eventos stressantes (Olsson & Kennedy, 2010).

No estudo realizado por Hernan et al. (2010), foram estudados três tipos de respostas de ajuda (formais, informais e externas) verificando-se médias significativamente mais elevadas nas respostas informais (família e pares). Contudo, relativamente à ajuda profissional ela é considerada útil ainda que uma proporção significativamente maior de participantes considere ser menos útil consultar o médico do que outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, Swords, Hennessy, e Heary (2011) verificaram que o médico é a ajuda menos referida para a depressão e que, independentemente da idade dos adolescentes, a família e os professores são percebidos com fontes de ajuda importantes para as situações de perturbação mental e que a idade determina a compreensão da necessidade de ajuda, a diferenciação do tipo de ajuda em função da gravidade do problema e o número de respostas de ajuda sugeridas.

Analisando a influência de algumas variáveis psicossociais na intenção de procurara ajuda e no tipo de fontes a utilizar, um dos estudos conclui que os adolescentes com melhor funcionamento adaptativo, maior sofrimento psicológico e melhor suporte social mostram maior vontade de procurar ajuda independentemente do tipo de fontes e que o melhor suporte social é preditor da intenção de procurar ajuda em fontes informais (Sheffield et al., 2004).

Num contexto diferente, um estudo realizado com uma amostra de participantes com experiência prévia de doença verificou existirem níveis muito baixos de utilização de fontes de ajuda formais tanto para a ansiedade como para a depressão. Só uma minoria dos adolescentes (18,2% - Ansiedade; 23% - Depressão) recebeu tratamento. Destes, a grande maioria em ambulatório e pelo Psicólogo escolar (Essau, 2005).

Outra investigação realizada com adolescentes com experiência prévia de doença analisa os comportamentos de procura de ajuda relacionados com a carga e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão (Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). Verificou-se que só uma minoria dos adolescentes procurou ajuda (6,9% e 35% nas situações mais graves) e que a presença de maior carga e intensidade de sintomas fez aumentar os comportamentos de procura de ajuda para todos os tipos de serviço, incluindo os que não têm competência específica na área da saúde mental. No mesmo sentido, também uma melhor capacidade de reconhecimento das perturbações se traduz por uma intenção três a quatro vezes superior de procurar ajuda, como por exemplo, envolver adultos (Olsson & Kennedy, 2010).

Três estudos dão ênfase à importância das novas tecnologias (Internet, SMS) e dos programas escolares nos comportamentos de procura de ajuda, pondo em evidência a importância da Internet (Essau, 2005; Scott & Chur-Hansen, 2008); dos programas escolares como fonte importante de informação e promoção da LSM (Scott & Chur-Hansen, 2008); da utilização de linhas telefónicas de ajuda (Essau, 2005; Olsson & Kennedy, 2010); e da utilização do SMS nos meios rurais, como forma menos confrontacional de comunicar e de pedir ajuda (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Competência para prestar a primeira ajuda

Três estudos identificaram fatores relacionados com esta componente. Burns e Rapee (2006) verificaram níveis de preocupação diferentes em função da gravidade das situações. Os adolescentes mostraram estar mais preocupados com os pares com depressão do que com outros estados emocionais negativos. As raparigas mostraram maior preocupação que os rapazes.

Cerca de 90% dos participantes identificaram a necessidade de ajuda nas situações de depressão e recomendaram a procura de aconselhamento (55,7%); amigos (41,8%); família (40,8%); ajuda profissional (9,9%); psiquiatra (4,2%).

Kelly, Jorm, e Rodgers (2005) avaliaram a suscetibilidade dos adolescentes para dar respostas de ajuda a um colega com depressão ou com problemas graves de comportamento. Verificaram que mais de metade dos participantes não iriam além de

suporte social e encaminhamento passivo, podendo ser entendidos como apoiantes à distância, logo, não envolvidos verdadeiramente na ajuda aos pares. Só cerca de um quarto encaminhariam para a procura de ajuda de um adulto, envolvendo a ajuda profissional. Cerca de um quinto dos participantes envolveriam os pares no consumo de substâncias podendo ser classificados como ajudantes ineficazes.

O estudo realizado por Kelly e Jorm (2007) mostra que mais de metade dos participantes (58,8%) ofereceriam unicamente suporte social e não envolveriam adultos e cerca de um quarto ofereceriam respostas não eficazes como o envolvimento no consumo de substâncias. Só cerca de 20% envolveriam um adulto e ajuda profissional. Este estudo mostra ainda que cerca de metade dos participantes tem confiança na sua capacidade de ajuda e que cerca de 40% sentem-se inseguros, estando as dificuldades mais relacionadas com baixa competência social, género masculino e maior desejo de distância social.

Barreiras no acesso à ajuda profissional

Quatro estudos analisam as barreiras no acesso à ajuda profissional. Dois incidem sobre populações rurais e identificam barreiras como pouca ajuda profissional disponível ou insegurança relativamente à mesma (Olsson & Kennedy, 2010); barreiras pessoais (e.g. resiliência, confidencialidade) e logísticas (e.g. custo, acessibilidade) (Hernan et al., 2010). Neste estudo os participantes identificam mais barreiras pessoais do que logísticas para consultar o médico. As raparigas referiram mais barreiras que os rapazes, principalmente pessoais.

Os outros dois estudos realizados com populações urbanas identificaram barreiras como a pressão para se conformar e não ser visto com *diferente*, medo do julgamento social (fraqueza percebida) e preocupações de confidencialidade (Scott & Chur-Hansen, 2008); resiliência e questões de confidencialidade como barreiras no acesso às fontes informais (conselheiro escolar) (Sheffield et al., 2004). Resiliência, confidencialidade, custos e acessibilidade como barreiras no acesso às fontes formais (Médico, Psicólogo, Psiquiatra) (Sheffield et al., 2004).

Discussão

De seguida serão discutidos os resultados, colocando-os no contexto de revisões e estudos prévios relacionados.

Reconhecimento das perturbações mentais comuns

Dos resultados do nosso estudo sobressai a baixa capacidade para reconhecer as perturbações mentais (depressão e ansiedade), bem como para identificar os seus sintomas chave, estando o reconhecimento tendencialmente associado ao género feminino. Estes resultados são consistentes com as conclusões de estudos anteriores sobre reconhecimento das perturbações psiquiátricas (Wright et al., 2005), podendo refletir o estigma associado à doença mental. Verifica-se que existem vários fatores a influenciar a procura de ajuda e que as diferenças de género são significativas, com os jovens do sexo masculino a evidenciarem menor competência de reconhecimento dos sintomas associados à doença mental (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006).

Porque é que o género tem um impacto sobre a LSM na componente do reconhecimento, é uma pergunta difícil de responder integralmente. Contudo, os investigadores têm apontado para os processos sociais como as expectativas sobre os papéis de género e as práticas de socialização. As raparigas podem ser encorajadas a ser emocionalmente expressivas, empáticas e orientadas para o relacionamento, enquanto os rapazes podem ser menos incentivados a identificar e expressar as suas experiências emocionais. Às raparigas pode também ser permitida maior liberdade para expressar vulnerabilidades, incluindo a tristeza e o medo, ao passo que os rapazes poderão estar mais sujeitos a ser objecto de mensagens explícitas e implícitas relativas à vergonha de mostrar essas mesmas vulnerabilidades (Burns & Rapee, 2006; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). Também é possível que os melhores níveis de LSM resultem de uma maior experiência pessoal com a depressão. Na adolescência tardia, a incidência de depressão no sexo feminino é cerca do dobro do sexo masculino (Burns & Rapee, 2006). Assim, tanto as experiências prévias como o contacto com pessoas com perturbação psiquiátrica poderão melhorar a capacidade de reconhecimento. Estes resultados vêm confirmar as conclusões de outros estudos anteriores (Lauber, Nordt, Falcato, & Rössler, 2003).

Outro resultado emergente desta revisão relaciona-se com a compreensão dos conceitos associados à saúde e doença mental. Uma possível *confusão conceptual* poderá inibir a capacidade de reconhecimento das perturbações e os consequentes comportamentos de procura de ajuda. Vários autores (e.g. Armstrong, Hill, & Secker, 2000; Burns & Rapee, 2006) identificam este problema considerando que uma confusão conceptual é prevalente entre os adolescentes. Burns e Rapee (2006) vão além da identificação do problema e recomendam a clarificação dos conceitos como um dos componentes cruciais para a promoção da LSM.

Comportamentos de procura de ajuda

Os estudos identificam dois tipos de fontes de ajuda utilizadas, as formais (profissionais) e as informais (e.g. amigos, família). Os adolescentes a experienciar problemas de

saúde mental deveriam aceder a profissionais e serviços preparados para dar respostas ajustadas e eficazes. Porém, a realidade é outra. Os adolescentes, principalmente do género feminino, tendem a desvalorizar as ajudas profissionais e mostram maior intenção de procurar ajuda junto do grupo de pares e noutras fontes informais como a família e os professores. Estes resultados relacionam-se de forma consistente com estudos anteriores (e.g. Cotton et al., 2006) que revelam que as fontes de ajuda informais foram preferidas às fontes formais em todas as idades, e em ambos os géneros.

A literatura sugere ainda que as raparigas são mais capazes de identificar, expressar e partilhar emoções, estão mais envolvidas em redes sociais e têm usos funcionais diferenciados para as ajudas informais (Rickwood & Braithwaite, 1994).

Dois dos estudos analisados (Essau, 2005; Zachrisson et al., 2006) utilizaram populações com experiência prévia de doença e verificaram que a carga e intensidade dos sintomas não diferenciam de forma significativa a procura de ajudas profissionais e que, apesar de algum incremento na procura de ajudas formais, os níveis mantêm-se baixos tanto para a ansiedade como para a depressão.

Um dado muito relevante e que está de acordo com as conclusões de outros estudos (Jorm, Wright, & Morgan, 2007) resulta da desvalorização do papel do médico relativamente a outros profissionais de saúde, ainda que todos sejam considerados úteis. Este resultado está em claro contraste com o que acontece nos adultos relativamente à importância do médico no tratamento da depressão. Por exemplo, num estudo realizado com adultos, 44% dos respondentes acreditam que consultar um médico pode ser útil (Jorm et al., 1997). Ao contrário, o estudo de Burns e Rapee, (2006) realizado com adolescentes, encontra valores da ordem dos 2%. Este dado é muito importante porque nos permite perceber que os resultados da LSM nos adultos não poderão ser generalizados para os adolescentes.

Deste estudo sobressai também a importância das novas tecnologias e dos programas escolares como veículos de promoção da LSM, assim como as linhas telefónicas de ajuda enquanto fontes de ajuda formal. A investigação sobre comportamentos de procura de informação sobre saúde mental em adolescentes, reconhece que a Internet pode oferecer um acesso conveniente e confidencial à informação (Gray, Klein, Noier, Sesselberg, & Cantril, 2005), evidenciando que os adolescentes acedem à informação sobre saúde mental em sites (Oh, Jorm, & Right, 2009).

Os programas escolares de sensibilização para a saúde mental têm-se mostrado eficazes na mudança de opinião dos jovens sobre as questões de saúde mental e procura de ajuda (Pinfold et al., 2003). Além disso, a informação transmitida às crianças nos programas de sensibilização realizados na escola têm o potencial de se infiltrar na comunidade de forma mais ampla.

Competência para prestar a primeira ajuda

Nesta componente, o estudo evidencia dados importantes como a diferenciação da preocupação com os pares em função da gravidade dos sintomas presentes, sendo esta diferenciação muito condicionada pelo género. As raparigas evidenciam maior preocupação com os pares e maior intenção de envolvimento de adultos (Kelly et al., 2005).

Em alguns estudos verificou-se que a maioria dos adolescentes mostram insegurança e baixa confiança na sua capacidade de ajuda, limitando-se a dar apoio social e a fazer encaminhamento passivo, com baixa intenção de envolver adultos ou ajudas profissionais.

Dois estudos (Kelly & Jorm, 2007; Kelly et al., 2005) identificaram a existência de uma intenção de envolver os pares no consumo de substâncias como forma de resposta ao sofrimento psicológico.

Barreiras no acesso à ajuda profissional

Os estudos identificam dois tipos de barreiras: as logísticas (e.g. custo, acessibilidade) e as pessoais (e.g. estigma, resiliência, confidencialidade).

Neste estudo, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade e a resiliência, bem como a perceção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, surgem como as principais barreiras na procura de ajuda para problemas de saúde mental.

O estigma assume um papel fundamental sobretudo em populações rurais. Os 2 estudos com foco em populações rurais (Hernan et al., 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008) identificam uma alta taxa de barreiras relacionadas com estigma o que é consistente com a conclusão anterior de que o estigma pode afetar mais a busca de ajuda em populações rurais do que urbanas (Boyd et al., 2007).

Conclusões

Este estudo tornou evidente que em populações adolescentes, à exceção da depressão, há uma escassez de investigação em LSM. Os resultados permitem-nos concluir que os adolescentes demonstram dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família.

Para além das dificuldades de reconhecimento, fatores como a desvalorização do papel do médico, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade, o custo e a resiliência, bem como a perceção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, constituem barreiras no acesso à ajuda profissional. Estas dificuldades resultam também numa baixa confiança dos adolescentes na sua capacidade para ajudar os pares e encaminhar para ajudas profissionais, e, em algumas situações, o envolvimento dos pares em comportamentos de risco como o consumo de substâncias enquanto forma de resposta ao sofrimento psicológico. Contudo, as novas tecnologias, nomeadamente o SMS e a Internet, bem como as linhas telefónicas de ajuda e os programas escolares de sensibilização, enquanto meios de promoção da LSM, têm contribuído de forma significativa para a mudança de opinião dos adolescentes sobre as questões de saúde mental e procura de ajuda, minimizando as consequências negativas.

Os resultados sugerem uma série de dificuldades que requerem propostas específicas. Primeiro, a preparação de programas para promover a LSM, e em particular, para aumentar os conhecimentos sobre os próprios sintomas. Segundo, melhorar a clareza semântica e conceptual promovendo uma melhor compreensão dos conceitos associados à saúde mental. Terceiro, melhorar a saúde mental entre os adolescentes tendo em conta a sua propensão para a resiliência e o desejo de auto-suficiência. Uma abordagem final envolve a oferta de programas para minimizar os constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. No entanto, barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda. É necessária investigação mais avançada sobre estes factores e como eles operam em cada nível do processo de procura de ajuda.

Referências bibliográficas:

- Armstrong, C., Hill, M., & Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental Health. *Children and Society*, 14(1), 60-72.
- Boyd, C., Francis, K., Aisbett, D., Newnham, K., Sewell, J., Dawes, G., & Nurse, S. (2007). Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. *Australian Journal of Rural Health*, 15(3), 196-200.
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's Knowledge of depression and help-seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225-239.
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A. F., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals Academy of Medicine, Singapore*, 29, 467-473.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796.

- Essau, C. A. (2005). Use of mental health services among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130-137.
- Ferreira, M., & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 45(3), 589-95.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behavior in adolescence: the place of the internet. *Social Science and Medicine*, 60, 1467-1478.
- Hernan, A., Philpot, B., Edmonds, A., & Reddy, P. (2010). Healthy minds for country youth: Help-seeking for depression among rural adolescents. *Australian Journal of Rural Health*, 18, 118-124.
- Jorm, A. F. (2011). Mental Health Literacy. Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243.
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christenson, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia*, 187, 556-560.
- Kelly, C., & Jorm, A. F. (2007). Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: associations with psychopathology and psychosocial characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 150-156.
- Kelly, C., Jorm, A. F., & Right, A. (2007). Improving Mental Health Literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kelly, M. K., Jorm, A. F., & Rodgers, B. (2005). Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 63-66.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 248-251.
- Leighton, S. (2009). Adolescents' understanding of mental health problems: conceptual confusion. *Journal of public mental health*, 8(2), 4-14.
- Loureiro, L., Mateus, S., & Mendes, M. (2009). Literacia em Saúde Mental: Conceitos e estratégias para a promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Referência*, 11(10), 116.
- Oh, E., Jorm, A. F., & Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 293-299.

- Olsson, D. P., & Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Interventions in Psychiatry*, 4, 291-298.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 342-346.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Advances in Mental Health*, 4(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
- Rickwood, D., & Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39, 563-572.
- Scott, L., & Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescent's Willingness to seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 495-507.
- Swords, L., Hennessey, E., & Heary, C. (2011). Adolescents' beliefs about sources of help for ADHD and depression. *Journal of Adolescence*, 34, 485-492.
- Wacker, A. (2009). Mental Health Literacy: A review of adolescents' abilities to recognize symptoms of mental health disorders and their help-seeking behaviors. Retirado de <http://WWW.angelawacker.info/wp-content/uploads/2010/06>.
- Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., ... McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *The Medical Journal of Australia*, 183, 18-23.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6, 34-40.